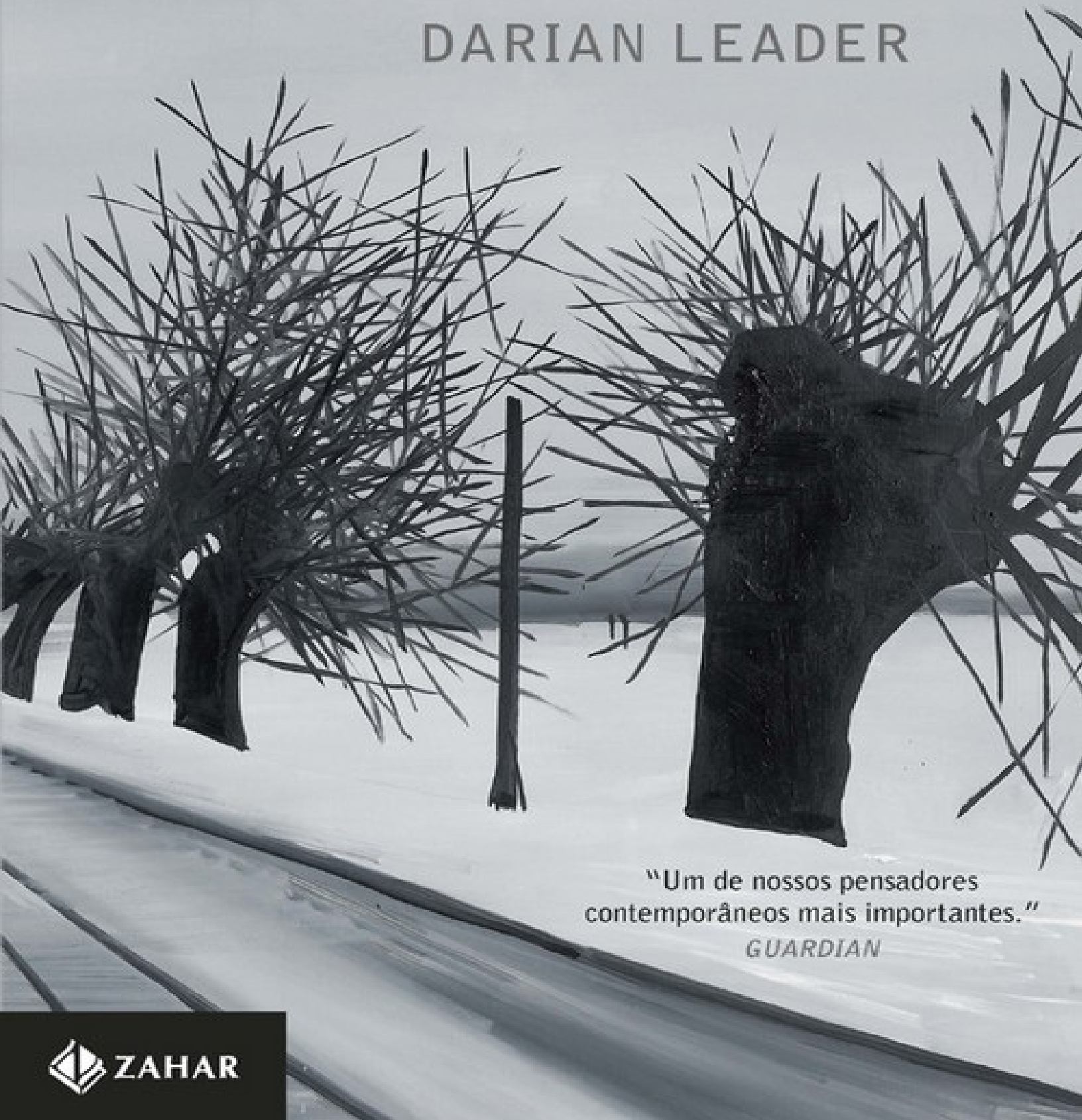
O QUE É LOUCURA?

Delírio e sanidade na vida cotidiana

DARIAN LEADER



"Um de nossos pensadores contemporâneos mais importantes."
GUARDIAN

ZAHAR

DADOS DE COPYRIGHT

Sobre a obra:

A presente obra é disponibilizada pela equipe ***Le Livros*** e seus diversos parceiros, com o objetivo de oferecer conteúdo para uso parcial em pesquisas e estudos acadêmicos, bem como o simples teste da qualidade da obra, com o fim exclusivo de compra futura.

É expressamente proibida e totalmente repudíavel a venda, aluguel, ou quaisquer uso comercial do presente conteúdo

Sobre nós:

O ***Le Livros*** e seus parceiros disponibilizam conteúdo de dominio publico e propriedade intelectual de forma totalmente gratuita, por acreditar que o conhecimento e a educação devem ser acessíveis e livres a toda e qualquer pessoa. Você pode encontrar mais obras em nosso site: ***lelivros.love*** ou em qualquer um dos sites parceiros apresentados neste link.

"Quando o mundo estiver unido na busca do conhecimento, e não mais lutando por dinheiro e poder, então nossa sociedade poderá enfim evoluir a um novo nível."



Darian Leader

O que é loucura?

Delírio e sanidade na vida cotidiana

Tradução:
Vera Ribeiro
Psicanalista

ZAHAR

Transmissão da Psicanálise
diretor: Marco Antonio Coutinho Jorge

Para M, de novo

Sumário

Introdução

1. Loucura silenciosa

2. Os pontos básicos

3. Psicose

4. Linguagem e lógica

5. A formulação do diagnóstico

6. Causas da psicose

7. O desencadeamento do surto

8. Estabilização e criação

9. Aimée

10. O Homem dos Lobos

11. Shipman

12. O trabalho com a psicose

Posfácio

Notas

Introdução

MUITOS ANOS ATRÁS, quando eu ainda era estudante, comecei um trabalho voluntário semanal numa comunidade terapêutica. Eu respirava psicanálise e queria entender melhor os estranhos fenômenos da psicose: as alucinações, os delírios e os distúrbios de linguagem sobre os quais tinha lido, mas com os quais nunca tivera contato direto. Quase todas as pessoas que encontrei eram bastante calmas e davam poucos sinais de "loucura". A medicação a longo prazo as tinha desgastado, e elas haviam se acomodado em sua rotina tranquila. Mas havia um homem ávido por conversar, e passávamos muitas horas discutindo filosofia, política e assuntos do momento. Ele era desenvolto, lúcido e extremamente inteligente, e fiquei pasmo ao saber que passara os últimos anos em hospitais psiquiátricos. Quando conversávamos, ele não me parecia nem mais nem menos perturbado que os amigos estudantes que eu encontrava depois do trabalho.

Conforme nossas conversas prosseguiram, perguntei a alguns membros da equipe por que ele vivia numa comunidade terapêutica e por que era medicado. Os sorrisos irônicos que recebi em resposta sugeriram que alguma coisa óbvia havia me escapado, alguma realidade flagrante que não fora registrada por meu radar juvenil. E, de fato, era verdade. Meses depois, durante um de nossos bate-papos, ele se referiu a um país de que eu nunca ouvira falar. Sua surpresa diante da minha ignorância foi seguida por um esclarecimento: ele explicou que não morava na Inglaterra, mas em Xamara, um lugar povoado por animais selvagens e uma legião de deuses exóticos. Descreveu a geografia, a história e a infraestrutura do lugar. Tudo fora nomeado e classificado, como os reinos de Angria e Gondal inventados pelas irmãs Brontë durante sua infância.

Para ele, não havia incompatibilidade entre seu papel de protagonista na saga de Xamara e sua vida e tarefas cotidianas na comunidade terapêutica. Quando o descreveu, não houve empolgação em sua voz, nenhum sinal de emoção nem mudança de tom, como se aquele fosse simplesmente mais um fato de sua vida. Foi essa continuidade em sua voz, na verdade, que me impressionou: não houve

em sua fala qualquer indício ou marca de que estávamos deixando o território de uma realidade comum a ambos para entrar num mundo privado. Foi como se tudo fosse a mesma coisa, e nossas conversas posteriores não exibiram nenhum vestígio de uma iniciação secreta ou de minha inclusão em sua confiança. A vida apenas prosseguiu como antes.

Como era possível, perguntei-me, que o delírio e a vida cotidiana parecessem tão estreitamente entrelaçados? Como podia alguém habitar ao mesmo tempo dois lugares aparentemente distintos como se não houvesse barreira entre eles? E, ainda que viver em Xamara parecesse maluquice, por que isso havia de exigir tratamento médico ou internação? Aquilo não feria ninguém e não causava qualquer turbulência na vida daquela pessoa. Essas são perguntas que ainda faço, e neste livro tento examinar alguns vínculos entre a loucura e a vida normal. Será que o delírio e a sanidade devem ser rigidamente separados, ou, ao contrário, poderia o primeiro ser não apenas compatível com a segunda, mas até condição dela?

Essas não são perguntas intelectuais e abstratas, e têm uma influência real no modo como a psicose é tratada na sociedade de hoje. Nossas atitudes perante a loucura moldam nossa reação a ela, tanto em termos de nossas interações cotidianas quanto na escolha das terapias disponíveis. Entretanto, tem havido uma acentuada falta de diálogo entre as tradições nesse ponto. Existem teorias e terapias da loucura desenvolvidas em todo o mundo há pelo menos meio século que são relativamente desconhecidas fora de um campo profissional muito estreito. Elas fornecem instrumentos fascinantes e potentes para compreendermos a experiência da loucura e explicarmos como e por que ela pode ocorrer. Também oferecem um rico leque de possibilidades de terapia e de reflexão sobre como a psicose pode se estabilizar. Embora talvez nos agrade pensar que o conhecimento é cumulativo e unificado, especialmente na era da Internet, esse está longe de ser o caso. Há uma confiança superficial e inquietante naquilo que se autoanuncia como pesquisa “atualizada”, como se um artigo publicado num periódico sofisticado em 2010 tivesse mais valor que um escrito cem anos antes numa revista de medicina hoje esquecida, à qual só podemos ter acesso numa biblioteca empoeirada.

O trabalho que vou enfocar vem da tradição da Europa continental na psiquiatria. Os psiquiatras do fim do século XIX e início do século XX foram muito desacreditados, em função de seus preconceitos em questões como a hereditariedade, a constituição e a degeneração mentais, porém muitos deles reservaram tempo para escutar seus pacientes e desenvolveram teorias da loucura fiéis ao que haviam aprendido na prática clínica. A inexistência de

tratamentos medicamentosos a longo prazo permitia estudar como uma pessoa cuja vida fora destroçada pela psicose podia encontrar um novo equilíbrio com o correr do tempo. Examinar o que os psiquiatras chamavam de “mecanismos de reparação”, os caminhos de retorno à vida, constituiu uma parte central dessas pesquisas, com as quais muito temos a aprender atualmente.

Quando o jovem estudante de medicina Jacques Lacan iniciou sua formação psiquiátrica, na Paris da década de 1920, foi essa a cultura em que suas ideias começaram a crescer. Hoje, o trabalho clínico lacaniano com a psicose é feito no mundo inteiro, especialmente na França, na Bélgica, na Espanha, na Itália e nos países latino-americanos, bem como, cada vez mais, no Reino Unido. Há uma cultura florescente de periódicos, livros, boletins, conferências, cursos e palestras, todos dedicados à exploração de diferentes aspectos da loucura. Até o presente, milhares de relatos de casos de trabalho com sujeitos psicóticos foram publicados por clínicos lacanianos. Lamentavelmente, porém, fora do campo em si a maioria dos psiquiatras, psicólogos e profissionais de saúde mental nunca se deparou com nenhuma dessas investigações.

Há muitas razões para isso. É comum presumir-se que o trabalho psicanalítico com a loucura significa a psicanálise clássica: o paciente deita no divã e faz associações livres, e o analista faz interpretações sobre a infância dele. À parte o fato de que, de qualquer modo, a maioria das análises não é assim, a verdadeira confusão diz respeito à diferença entre teorias e técnicas. Uma teoria psicanalítica da psicose não quer dizer que haja – ou mesmo que deva haver – psicanálise. Quer dizer, isto sim, que é possível usar ideias psicanalíticas para inspirar outros tipos de trabalho, outros tratamentos feitos sob medida para a singularidade de cada paciente. Nos últimos cem anos, esse fato tem sido claro para os clínicos, porém continua a gerar mal-entendidos e confusões, talvez em função dos preconceitos profundamente arraigados contra a psicanálise – e dentro dela própria.

A atenção para com a singularidade de cada paciente, que está implícita na abordagem psicanalítica, é ainda mais importante nos dias atuais, por vivermos numa sociedade que tem cada vez menos espaço para o detalhe e o valor das vidas individuais. Apesar de constantemente proclamarem da boca para fora que respeitam as diferenças e a diversidade, as pessoas de hoje são mais que nunca coagidas a pensar de maneira uniforme, desde o berço até os corredores da vida profissional. Isso é algo que vemos refletido no mundo da saúde mental, onde é comum considerar-se o tratamento como uma técnica quase mecânica a ser aplicada a um paciente passivo, e não como um trabalho colaborativo, conjunto, em que cada parte tem suas responsabilidades. Há hoje uma pressão crescente

para encararmos os serviços de saúde mental como uma espécie de oficina em que as pessoas são reabilitadas e mandadas de volta para seus empregos – e para a família, talvez – o mais depressa possível.

O sujeito psicótico tornou-se menos uma pessoa a ser ouvida que um objeto a ser tratado.[1] Não raro, a especificidade e a história de vida do paciente são simplesmente apagadas. Enquanto os antigos livros de psiquiatria eram repletos de reproduções da fala dos pacientes, hoje tudo que se vê são estatísticas e diagramas pseudomatemáticos. Os estudos quase nunca mencionam o que acontece nos casos singulares, mas apresentam números nas situações em que os casos foram agregados. Nunca descobrimos, por exemplo, por que um determinado indivíduo respondeu a certo tratamento e qual foi exatamente a sua resposta; em vez disso, obtemos a estatística da percentagem de participantes que responderam ou deixaram de responder ao tratamento. O indivíduo desapareceu.

Essas são realidades do discurso contemporâneo, e não só da psiquiatria – mas seria de se esperar que, nesse aspecto, justamente a psiquiatria oferecesse algo diferente. Apesar das advertências dos psiquiatras progressistas ao longo dos anos e dos movimentos da antipsiquiatria das décadas de 1960 e 1970, a psicose, com muita frequência, ainda é equiparada às maneiras pelas quais algumas pessoas deixam de se enquadrar nas normas da sociedade. Como assinalou há muitos anos a pioneira clínica Marguerite Sechehaye: “Quando tentamos construir uma ponte entre o esquizofrênico e nós mesmos, muitas vezes é com a ideia de reconduzi-lo à realidade – a nossa – e à nossa própria norma. Ele sente isso e, como é natural, vira as costas a essa intromissão.” Hoje em dia, o que se valoriza é a adaptação convencional às normas sociais, mesmo que isso signifique que, a longo prazo, as coisas não correrão bem para o indivíduo.

É o que podemos ver no nível mais básico da nossa cultura, na educação primária e secundária, na qual a fórmula da múltipla escolha vem substituindo a da resposta original da criança. Em vez de incentivar as crianças a pensarem por si e a elaborarem uma resposta, a múltipla escolha simplesmente propõe duas ou três respostas entre as quais a criança deve escolher. Isso significa, é claro, que ela aprende que existe uma “resposta certa” que alguma outra pessoa sabe, e que suas construções pessoais são desestimuladas. A chave do sucesso é descobrir o que outra pessoa quer ouvir, e não tentar encontrar pessoalmente uma solução autêntica. Não admira que os comentaristas sociais descrevam a nossa época como a era do “eu falso”.

Nos últimos cinquenta ou sessenta anos, afastamo-nos tanto de uma cultura da investigação, da largueza de horizontes e da tolerância, que é espantoso

comparar os textos dos clínicos que trabalhavam com a psicose nos anos 1950 e 1960 com os dos profissionais de hoje. Muitos autores atuais escrevem como se os problemas da loucura houvessem acabado de ser resolvidos pela pesquisa genética ou neurológica: a psicose é uma doença cerebral e será curada por medicamentos. Existem exceções notáveis, é claro – em particular o trabalho de muitos psiquiatras e profissionais de saúde mental dos países escandinavos –, mas a situação geral é bem triste. A ênfase pseudocientífica em desfechos mensuráveis e "resultados" visíveis substituiu o trabalho prolongado e cuidadoso que oferece dignidade a cada paciente.

Dois psicólogos norte-americanos que deram continuidade à antiga tradição da psicoterapia da psicose comparam seus esforços aos do personagem Horton, do Dr. Seuss.[a] Esse simpático elefante é capaz de ouvir os habitantes de um mundo microscópico, contido num grão de poeira, porém ninguém mais na selva lhe dá crédito. Ele sabe das aflições desses seres e do desastre iminente que enfrentam, no entanto não consegue fazer ninguém mais ouvir. O esforço de Horton para salvá-los é solitário e ainda mais dificultado pela falta de apoio de seus amigos macroscópicos, que fazem tudo para atrapalhar suas tentativas. Qualquer profissional do campo de saúde mental que favoreça a abordagem terapêutica há de reconhecer de imediato a analogia: a obsessão com os resultados predeterminados, o comportamento superficial e a "normalização" fazem as visões alternativas parecerem absurdas e implausíveis.

Espero que as ideias expostas neste livro gerem algum diálogo sobre um conjunto de questões que, afinal, concernem a todos nós. É preciso que as diferentes tradições escutem umas às outras, do mesmo modo que Philippe Pinel, muitas vezes elogiado por humanizar a psiquiatria no século XVIII e início do século XIX, escutou não só seus pacientes e seus colegas da Europa continental, mas também William Tuke e seus colaboradores do Retiro de York, na Inglaterra. Esses quacres favoreciam o tratamento humanitário, com instituições pequenas e uma ênfase nas relações entre as pessoas, em oposição às intervenções medicalizantes. Instigaram a uma moderação da paixão por "curar" e a uma crítica ao "culto da curabilidade". Tuke opôs-se ao uso de medidas de contenção, e seu trabalho, retomado por Pinel e outros, acabou levando à extinção das técnicas mais bárbaras da psiquiatria em muitos países.

Embora essa crueldade talvez pareça ausente hoje em dia, a violência contra os sujeitos psicóticos assumiu uma forma diferente. Historiadores posteriores da psiquiatria criticaram Pinel e Tuke, dizendo que a contenção simplesmente deslocou-se de fora para dentro, sob a forma de técnicas de manejo moral e sugestão. Se o uso da força e da contenção externas diminuiu, a violência

continuou presente na imposição de uma visão de mundo. O clínico que tenta enxertar no paciente seu próprio sistema de valores e sua visão da normalidade torna-se igual ao colonizador que procura educar os nativos, sem dúvida para o bem deles. Quer o sistema seja secular e educativo, quer seja religioso, ele continua a demolir a cultura e a história da pessoa a quem pretende ajudar.[2]

Não faz muito tempo, uma paciente minha foi hospitalizada durante um episódio maníaco. Quando cheguei à enfermaria, havia um segurança grandalhão sentado em cima dela, enquanto uma enfermeira tentava aplicar-lhe uma injeção. Visto que ser contida à força era um dos aspectos mais devastadores da história infantil dessa paciente, essa não era uma situação satisfatória para ela, que resistiu com extremo vigor. Isso levou a uma pressão física ainda maior, e a brutalidade da cena depois que ela foi sedada persistiu, de uma forma distinta, mas não menos significativa.

O controle de dados e as entrevistas por que ela teve de passar depois da sedação deram-lhe pouca margem para falar do que tinha acontecido. Não houve interesse pelos detalhes do que havia precipitado seu episódio maníaco. Em vez disso, ela me descreveu como foi forçada a acatar um conjunto de conceitos e categorias que lhe eram estranhos, como a protagonista de *4:48 Psychosis*, de Sarah Kane, cuja fúria aumenta à medida que seu médico se recusa a ir além de perguntar se o ato de automutilação praticado por ela lhe trouxera alívio ou não. Disseram à minha paciente que sua conduta era incorreta e que ela precisava aprender a pensar de maneira diferente, e a se ver como uma pessoa com uma doença que exigia tratamento químico, para poder voltar a ser “normal”. E ela foi forçada a receber um rótulo diagnóstico, um carimbo impresso que permaneceria gravado não apenas em sua história clínica, mas também em sua mente, pelo resto da vida.

Por mais válidas que acreditemos serem essas concepções da doença e da saúde, certamente devemos levar a sério a vida íntima e as crenças de cada pessoa e evitar impor-lhe a nossa visão de mundo. Essa é a diferença entre a higiene mental,[3] na qual sabemos de antemão o que é melhor para o paciente, e a psicoterapia, na qual não o sabemos. É fácil perder de vista a violência que entra em jogo aqui, mas ela se faz presente toda vez que tentamos esmagar o sistema de crenças de um paciente, impondo-lhe um novo sistema de valores e políticas. Poderíamos contrastar isso com uma abordagem que busca não os erros, mas a verdade de cada relação da pessoa com o mundo, e o esforço para mobilizar o que há de particular na história de cada um, a fim de ajudá-lo a se engajar novamente na vida: não para adaptá-lo a nossa realidade, mas para descobrir em que consiste a dele e de que modo isso lhe pode ser útil.

UMA PALAVRA SOBRE O VOCABULÁRIO e os conceitos. Refiro-me a “loucura” e a “psicose”, ao longo deste livro, usando os termos indiscriminadamente. Não tenho uma visão relativista – a de que loucura é apenas aquilo que não se encaixa nas normas sociais –, por razões que ficarão claras em capítulos posteriores. Entretanto, reconhecer que existe algo chamado psicose não significa que precisemos aceitar o discurso da saúde e da doença mentais. Embora muitas pessoas experimentem níveis insuportáveis de sofrimento, isso não faz delas “doentes mentais”, já que simplesmente não existe saúde mental. Quanto mais exploramos cada caso individual, mais descobrimos que a pessoa aparentemente “saudável” pode ter crenças delirantes ou sintomas que não geram conflito em sua vida, e por isso não despertam atenção. Cada um de nós enfrenta problemas com os quais lida à sua maneira singular, e aquilo que é rotulado de doença mental, na realidade, como veremos, pode ser um esforço para reagir a essas dificuldades e elaborá-las. Usar esses rótulos não apenas arraiga a falsa dicotomia entre saúde e doença, como também obscurece o aspecto criativo e positivo dos fenômenos psicóticos.

Eu gostaria de agradecer a diversos amigos e colegas por suas gentis e múltiplas contribuições para este livro: Josh Appignanesi, Chloe Aridjis, Devorah Baum, Sadie Coles, John Forrester, Anouchka Grose, Andrew Hodgkiss, Richard House, Ruiz Karu, Peter Owen, Colette Sepel, Christos Tombras e Lindsay Watson. Em Paris, aprendi sobre psicose com Éric Laurent e Colette Soler, cujas abordagens psicanalíticas embasaram grande parte deste livro. Como sempre, o trabalho de Geneviève Morel inspirou-me a questionar as ideias aceitas e a ligar da maneira mais estreita possível as questões teóricas e clínicas. Jay Watts foi incansável em seus esforços para equilibrar e criticar minhas ideias lacanianas, bem como para ampliar meus horizontes. Astrid Gessert, Sophie Pathan e Pat Blackett deram-me uma ajuda inestimável nas pesquisas, e todo o pessoal da Hamish Hamilton tornou fluente o processo de publicação – um agradecimento especial vai para Sarah Coward, Anna Kelly e Anna Ridley. Mais uma vez, Simon Prosser foi um editor perfeito, oferecendo crítica e apoio, e sou especialmente grato a ele por seu discernimento e suas sugestões. Minha agente, Tracy Bohan, da Wylie, também me ajudou sistematicamente com seu incentivo e sua orientação. Por último, porém jamais lhes atribuindo importância menor, agradeço a meus pacientes psicóticos por tudo que me ensinaram. Espero que este livro se mantenha fiel à experiência deles e que lhes seja possível ouvir suas vozes no texto.

[a] Theodor Seuss Geisel (1904-91), conhecido como “Dr. Seuss”, cartunista e autor de livros infantis extremamente populares nos Estados Unidos. (N.T.)

1. Loucura silenciosa

SEJA EM *Um estranho no ninho*, *Garota interrompida* ou *Uma mente brilhante*, por que sempre se faz a loucura ser tão visível, tão tangível, tão audível? As pessoas conversam com amigos imaginários, espumam pela boca, têm alucinações aterradoras, tagarelam sem parar, fazem discursos extravagantes e delirantes sobre complôs contra elas. Em geral, são retratadas como incrivelmente brilhantes ou incrivelmente burras, como gênios ou brutamontes, mas com quase nada no meio-termo.[1] Não há dúvida de que às vezes a loucura é acompanhada por uma sintomatologia impressionante, mas que dizer do caso do homem que cuida calmamente de suas atividades e de sua vida familiar e, um dia, sai para trabalhar, executa suas tarefas de forma impecável e depois vai para um local público, saca uma arma de fogo e atira numa figura pública? Não há nada perceptivelmente anormal em sua conduta até esse momento. Na verdade, ele pode ter sido um cidadão-modelo, responsável, respeitável e equilibrado. Mas será que, no período que antecedeu seu ato homicida, poderíamos realmente dizer que ele não era louco? Isso por certo nos convida a refletir sobre as instâncias de loucura que são compatíveis com a vida normal. Trata-se de uma loucura silenciosa e contida, até o momento em que irrompe no ato de violência.

Mas e se o ato de violência nunca ocorresse? E se, no nosso exemplo, o homem simplesmente continuasse a levar sua vida cotidiana? Havendo loucura antes do ato, e se ela apenas prosseguisse de seu jeito sossegado, sem incomodar ninguém, sem despertar atenção? Se a loucura e a normalidade são de fato compatíveis, esse homem seria mais louco se puxasse o gatilho ou não? E se nada digno de nota acontecesse e ele apenas levasse adiante sua rotina e atividades cotidianas? Talvez passasse a se dedicar a um *hobby* depois que se aposentasse – uma pesquisa histórica, uma investigação genealógica, o estudo de uma ciência – ou começasse a escrever: cartas, cadernos de anotações, um romance. Na opinião de todos, essa seria uma vida normal, mas porventura seria

menos louca do que sua sombra mais visível e espetacular?

O fato de reportagens sobre “doença mental” a associarem com tanta frequência a crimes violentos significa que as explosões dramáticas praticamente se transformam naquilo que esperamos que seja a loucura. Os que fazem campanhas pela saúde mental têm trabalhado com empenho e há muito tempo para questionar essas associações, mas elas continuam a moldar as percepções populares da psicose. Embora a probabilidade de sofrermos um ataque aleatório por parte de um chamado “esquizofrênico paranoico” seja infinitamente menor que a de sermos agredidos por um bando de rapazes brancos na saída do bar, são as histórias do primeiro tipo, e não as do segundo, que chegam ao noticiário. Em algum nível, talvez não só esperemos isso da loucura, mas a rigor o desejemos, como que para externalizar os sentimentos latentes de violência que todos abrigamos dentro de nós.

Quando os grandes psiquiatras oitocentistas e do começo do século XX iniciaram suas explorações da loucura, concentraram-se, antes de mais nada, nos sintomas visíveis que chamavam a atenção. Estudaram os atos de violência, as alucinações, os delírios, as oscilações de humor e as paixões extremas e agudas que eram capazes de convulsionar a vida humana. Tentaram classificar esses fenômenos, separando os distúrbios, criando novas entidades diagnósticas, buscando os detalhes que permitissem a elaboração de uma taxonomia. Cedo, porém, constataram que os sintomas mais óbvios, socialmente disruptivos, não podiam ser usados em caráter exclusivo para definir as formas que a loucura podia assumir.

Quase todos os grandes autores do período que se pronunciaram sobre o curso definidor de seus diagnósticos favoritos – demência precoce, esquizofrenia, psicose alucinatória crônica – admitiram, pouco a pouco, que haviam se precipitado e que nem todos os casos se enquadravam no padrão. Gradativamente, constataram que as características iniciais usadas para fazer o diagnóstico, e que haviam despertado atenção, podiam sofrer mutações, transformar-se ou até desaparecer. Um distúrbio bizarro do pensamento, por exemplo, podia estabilizar-se numa imagem de integração social e coerência. Alucinações apavorantes podiam esmaecer com o tempo, instaurando-se um ritmo de normalidade. Alguém podia queixar-se de perseguidores e mais tarde mal chegar a mencioná-los. Um agudo sentimento íntimo de apatia podia coexistir com uma vida profissional sem atropelos e uma posição de responsabilidade social na comunidade.

Um número ainda maior de casos simplesmente nunca chegaria à atenção dos psiquiatras. Tratava-se das psicoses discretas que sempre conseguiam enquadrar-

se bem na sociedade, sem nunca explodir numa sintomatologia espetacular nem culminar num colapso ou numa crise. Ser psicótico não significaria um desencadear efetivo da psicose, no sentido de uma detonação repentina, evidente para o sujeito e as pessoas à sua volta. Um compêndio psiquiátrico popular de antes da guerra afirmou, em tom categórico: “A maioria dos paranoicos passa pela vida sem jamais desenvolver a psicose.” E Eugen Bleuler, a quem muitas vezes se atribui o mérito de ter sido o primeiro a teorizar e popularizar a categoria diagnóstica da esquizofrenia, concluiu, após muitos anos de estudos, que a mais comum entre as formas da esquizofrenia era, na verdade, a forma latente, aquela que nunca se tornava visível como loucura. E acrescentou que, em última instância, não havia um sinal clínico capaz de excluir o diagnóstico de esquizofrenia – uma sugestão que chocou muitos de seus leitores e, sem dúvida, chocaria outros ainda hoje.

A visão de Bleuler, no dizer de um psiquiatra, rompeu “o equilíbrio e a harmonia dos conceitos psiquiátricos”. Significou que não havia exame capaz de provar que alguém não era esquizofrênico: não o tipo de esquizofrênico cujos atos e cuja fala despertam atenção, mas o tipo pacato e discreto que Bleuler e muitos de seus colegas viriam a estudar. Como pôde concluir o pesquisador da esquizofrenia Silvano Arieti, numa resenha de estudos do seu campo após mais de três décadas: “Os psicóticos típicos que não estão em tratamento não parecem saber que há algo errado com eles.”[2] Essa loucura sutil e reservada foi chamada de “psicose branca”, “psicose normal”, “psicose lúcida”, “psicose do cotidiano”, “psicose privada” e “psicose comum”.[3]

Reconhecer a prevalência desse tipo de psicose e estudar sua estrutura é hoje de especial importância, por diversas razões. Pode não apenas contribuir para o esforço de desestigmatizar a loucura, enfraquecendo sua equiparação a comportamentos extravagantes e perigosos, mas também, ao nos darmos conta de que as pessoas podem *ser* loucas sem *ficarem* loucas, e levar vidas perfeitamente normais, isso terá consequências significativas no momento de ajudar aqueles cuja loucura foi efetivamente deflagrada. Se pudermos compreender o que permitiu a alguém manter-se estável e evitar os sintomas mais desintegradores e dolorosos da psicose, poderemos usar o que aprendemos para pensar em direções no trabalho com aqueles cuja loucura efetivamente eclodiu.

NO INÍCIO DO SÉCULO XX, os psiquiatras franceses Paul Sérieux e Joseph Capgras examinaram a extensa literatura sobre a loucura silenciosa. O sujeito psicótico

podia ser bem-adaptado a seu meio, sem manifestar confusão nem prejuízo intelectual, sem ter alucinações, euforias ou depressões. Sua vida afetiva podia parecer normal e sua linguagem, clara, precisa e lógica. Esses casos exibiam "a estranha associação entre razão e loucura", com uma ideia delirante central que podia não parecer extravagante ou sequer irrealista. A pessoa não exibia esquisitices flagrantes, mas algumas categorias de pensamento eram excluídas. Havia lacunas em sua consciência, áreas em que as informações não podiam ser assimiladas.

Tais sujeitos psicóticos eram como "especialistas" que vissem o mundo em termos de sua preocupação primordial. Podiam funcionar perfeitamente bem na vida cotidiana, e as pessoas que os cercavam podiam jamais suspeitar que houvesse algo remotamente fora do comum. Aliás, a certa altura de seu estudo, Sérieux e Capgras chegaram a questionar se o tipo de delírios que estavam estudando deveria ser classificado de "doença mental". A pessoa talvez reclamasse de uma injustiça por parte de seus superiores, alguém de origem humilde podia tentar provar sua ligação com uma família ilustre, ou um parceiro podia acusar seu cônjuge de conduta imoral. Em geral, tudo podia ser levado a se encaixar com uma ideia fixa, baseada numa premissa falsa. Afora isso, entretanto, o raciocínio da pessoa era impecável. Nunca havia qualquer apelo a forças sobrenaturais, apenas bons argumentos acerca de conceitos que não eram intrinsecamente impossíveis.

A psicanalista Piera Aulagnier descreveu o caso de uma paciente que, segundo a opinião de todos, era um membro "normal" da sociedade, casada, com filhos, dona de uma loja, uma mulher que conversava com seus clientes e que só procurou ajuda quando uma fobia se intrometeu em sua vida. Não demorou muito para Aulagnier descobrir que a paciente tinha uma teoria peculiar sobre como as crianças nasciam: o esperma masculino não desempenhava papel algum, exceto o de excitar o "aparelho procriador" da mulher, e a vagina era então obrigada a introduzir a substância masculina nesse aparelho. Por isso os homens morriam mais cedo e ficavam calvos. Essas ideias delirantes nunca haviam despertado qualquer atenção, já que ninguém jamais lhe pedira para expor suas opiniões sobre a concepção e, quando outras pessoas levantavam esses assuntos, "ou eu saio, ou não escuto", dizia ela.

Para citar outro exemplo, um de meus pacientes queixava-se de um sentimento difuso de angústia e passou muitos meses me falando de sua história e sua infância. Nunca havia consultado um analista ou um terapeuta e estava inquieto com a recente invasão da angústia em sua vida. Sua carreira no direito era bem-sucedida, nunca tendo sido prejudicada por sintomas ou inibições

manifestos. Passado algum tempo, a causa de sua apreensão ficou clara e ele conseguiu encontrar o que pareceu ser uma solução viável para atenuá-la. Com isso, deixou o tratamento. Numa de suas últimas sessões, entretanto, mencionou algo peculiar: a crença em que qualquer pessoa com prenome igual ao seu também devia compartilhar com ele alguma qualidade em comum. O nome em si não era inusitado, o que significava que toda vez que encontrava um xará ele gravitava para essa pessoa, querendo saber mais.

Quando aprofundei minha sondagem, ele ficou inquieto, entendendo que sua crença pareceria estranha. Mas além dela havia uma certeza absoluta: o nome só era aplicado quando a pessoa em questão possuía uma essência interna imutável e invariável. Ele tomava o cuidado de não alardear essa ideia delirante, que nunca lhe causara problema algum. Na verdade, poderíamos suspeitar que ela o ajudava a manter uma identidade, uma vez que ele também acreditava que as pessoas que compartilhavam esse nome deviam ter tido um ancestral comum. Como no caso da paciente de Aulagnier, não havia razão para que essa crença se tornasse problemática ou causasse conflitos, e ela pôde permanecer oculta no decorrer de sua vida cotidiana.

Se a paciente de Aulagnier não tivesse desenvolvido sua fobia e procurado um analista, talvez as ideias delirantes nunca se evidenciassem. Ela poderia ter continuado a levar a vida e silenciado sobre suas convicções. Se não houvesse grandes atritos com seu meio, não haveria suspeita de psicose, como ocorreu com meu paciente, cuja ideia delirante era sumamente encapsulada. No entanto, é exatamente com essas formas de psicose que podemos aprender: estudando-as, podemos tentar compreender os mecanismos que permitiram à pessoa ser louca – em silêncio – sem ficar louca. Visto que, hoje em dia, é muito comum definir-se a saúde mental como a ausência de conflito com o mundo que nos cerca, esse tipo de psicose simplesmente sai do alcance do radar: desaparece.

Esse desaparecimento do que os clínicos de antigamente consideravam a mais comum das formas de psicose é reforçado pelo fato de que, em geral, as ideias delirantes são guardadas em segredo. Como dizia um dos pacientes de Manfred Bleuler, “no meu mundo, sou onipotente, no seu, exerço a diplomacia”.[4] Hoje, poucos clínicos terão estudado a antiga categoria psiquiátrica da “reticência”,[5] que descrevia maneiras pelas quais os temas podem ser evitados e mantidos em silêncio. Entretanto, o trabalho a longo prazo com um sujeito psicótico sempre mostra que há muitas coisas que não são reveladas de imediato, se é que o são. Clérambault falava nos “silêncios que são a marca característica do delírio”, e os psiquiatras do começo do século XX alertavam para a confusão entre remissão e reticência. Bleuler falou da “contabilidade dupla” do sujeito psicótico: ele sabe

que a maioria das pessoas não compreenderia suas ideias e convicções e por isso as esconde cuidadosamente, mesmo quando está num contexto confidencial e benevolente.

No caso que discutiremos no Capítulo 9, foram necessárias mais de trezentas sessões para que a paciente revelasse a seu jovem psiquiatra, curioso e dedicado, o que realmente estava pensando. Imagine quão pouco se poderia descobrir numa entrevista do gênero questionário, durante uma hora, com um paciente atual. Na verdade, o sucesso de muitos tratamentos contemporâneos é medido em termos de quão bem o sujeito psicótico é capaz de ocultar sua psicose, de quão bem consegue se amoldar e corresponder às expectativas alheias. Com isso, perdemos o que se pode aprender com as conversas a longo prazo – não uma hora por mês, mas com frequência uma conversa que dura anos, até décadas. É revelador que, desde o fim do século XIX, a literatura psiquiátrica sobre a reticência tenha sido quase inexistente, como se quiséssemos saber cada vez menos sobre o que importa para nossos pacientes.

HISTORICAMENTE, o movimento para acompanhar a loucura visível até a loucura silenciosa e invisível começou com as críticas às principais entidades diagnósticas. Emil Kraepelin e muitos outros psiquiatras do fim do século XIX e início do século XX concederam um lugar especial à evolução da psicose: o curso da doença determinaria sua forma de classificação. A *dementia praecox*, por exemplo, caminharia para o empobrecimento cognitivo e afetivo. O termo "demência" implicava uma decomposição, a intromissão mórbida, na psique, de um processo orgânico que seguia suas próprias leis irreversíveis. Se não as seguisse, não seria *dementia praecox*.

Esse movimento progressivo para a demência era a característica definidora, que a diferenciava da psicose maníaco-depressiva. A ideia de que, sendo assim, ela era mais ou menos incurável e estava fadada a um desfecho sombrio teve um peso na formação das concepções populares da loucura. Significou o desespero para os pacientes e as famílias. Essa ênfase no prognóstico precário e na desestruturação surtiu um efeito poderoso na moldagem das expectativas: se o paciente parecesse estar indo bem, não podia ser psicótico. Como disse um psiquiatra à antropóloga norte-americana Tanya Luhrmann a propósito de uma paciente diagnosticada com esquizofrenia: "Ela já teve um parceiro, chegou inclusive a interessá-lo em se casar com ela, e, ao que parece, o sujeito é perfeitamente sadio, e ela se virou sem remédios. Acho que o rótulo simplesmente não faz sentido."[6] A paciente não podia ser psicótica porque sua

vida não estava desmoronando da maneira esperada. Assim, a preconcepção diagnóstica tornou-se um veículo do preconceito: para ser esquizofrênica, a pessoa teria que estar em visível desintegração e ser incapaz de atrair um parceiro.

Essas ideias rígidas sobre a psicose também se acham presentes no mundo da psicanálise. O aristocrata russo Sergei Pankejeff consultou Freud pela primeira vez em 1910, e após quatro anos de tratamento Freud descreveu o caso desse paciente, que se tornou conhecido como o "Homem dos Lobos", a partir de um sonho-chave em que um bando de lobos o encara de maneira apavorante. Pankejeff voltou a procurar Freud para outro período curto de análise e, em seguida, continuou o processo com Ruth Mack Brunswick, que o diagnosticou como paranoico. Apesar da boa comprovação clínica, esse diagnóstico revelou-se impalatável para as gerações futuras. A analista norte-americana Muriel Gardiner, que conheceu bem Pankejeff, contestou o diagnóstico sob a alegação de que o aristocrata "dava a impressão de ser uma pessoa sumamente ordeira e confiável, estava sempre vestido de forma apropriada e com esmero, era muito refinado e atencioso com os outros".[7] Essa atitude é tão preconceituosa quanto a do entrevistado de Luhrmann, como se os psicóticos tivessem que permanecer psicóticos de forma visível e ruidosa e, em última instância, não tivessem o direito de levar uma vida fecunda, tolerável e ordeira, ou mesmo de se vestirem com esmero.

Se esses preconceitos parecem advir da adoção da visão kraepeliniana de uma psicose crônica, numa espiral descendente, definida por seu estado terminal, devemos lembrar que o próprio Kraepelin e seus contemporâneos contestariam essas mesmas ideias. Alguns psiquiatras anglófonos não leram os textos originais de Kraepelin em alemão, e presumiram que a *dementia praecox* era o que o nome implicava: um distúrbio iniciado na adolescência (o *praecox*) e que ia piorando (o *dementia*). No entanto, na oitava edição de seu manual, Kraepelin viria a reconhecer que o termo fora mal escolhido, e tanto ele quanto Bleuler relativizaram seu pessimismo original no prognóstico, admitindo a possibilidade de evolução e mudanças positivas.

Kraepelin reconheceu que a "doença" podia ser contida, ou, a rigor, em alguns casos, "curada", com "uma recuperação completa e duradoura". Emmanuel Régis falou de uma "*dementia praecox* sem demência", acrescentando que o pessimismo atribuído a Kraepelin talvez se devesse mais a sua estrutura hospitalar do que aos consultórios urbanos de outros médicos. Muitos colegas de Kraepelin, do mesmo modo, criticaram o uso do termo "demência", com suas implicações de destruição a longo prazo das faculdades mentais e de decadência

psíquica.[8]

Na França, Philippe Chaslin escreveu uma crítica brilhante e negligenciada da ideia de *dementia praecox*, propondo, em vez dela, o conceito de "loucura discordante", com ênfase na curabilidade ou na melhora que era clinicamente possível. O termo "*dementia*" sugeria um processo orgânico mórbido, mas Chaslin assinalou que, se alguns casos eram desencadeados na adolescência ou no início da idade adulta e pioravam rapidamente, outros não o faziam, a despeito do mesmo quadro sintomático inicial. Como muitos outros psiquiatras, ele insistiu em que o sujeito psicótico era capaz de preservar todas as suas faculdades mentais, e voltou a questionar as implicações da formulação inicial de Kraepelin. O problema estava menos nas faculdades – como a memória ou a vontade – que na relação entre elas: em outras palavras, em sua discordância.[9]

Os sintomas da discordância podiam piorar, é claro, mas podiam igualmente melhorar ou desaparecer por completo. De um modo talvez surpreendente, apesar das centenas de críticas à compreensão simplista do conceito kraepeliniano e dos esforços de epidemiologistas e organizações de "sobreviventes" para enfatizar os desfechos positivos, o pessimismo diagnóstico permanece conosco até hoje, tanto nos consultórios quanto nos hospitais. Embora devesse estar mais bem-informada, a atual sociedade de risco reforça esses preconceitos. Nos serviços de saúde públicos e privados, a possibilidade de litígio avulta em tão grandes dimensões que, muitas vezes, os clínicos são obrigados a apresentar imagens do pior dos quadros aos pacientes e a seus familiares. Seu álibi é a linguagem da "ciência", dos testes clínicos e dos estudos que geram as estatísticas tão valorizadas hoje em dia. Os desfechos sombrios são comunicados com generosa franqueza, sem que se perceba que o próprio fato de se fazer esse prognóstico pode surtir efeitos significativos no paciente. Que impacto teria, num paciente maníaco-depressivo estabilizado há dois anos, a afirmação de que as estatísticas indicam que é provável que ele tenha uma recaída nos próximos seis a doze meses?

EM CONTRASTE COM A IMAGEM de decadência sugerida pelo termo "demência", muitos psiquiatras do começo do século XX desenvolveram suas observações sobre uma espécie de loucura em que todas as faculdades do sujeito psicótico permaneciam intactas. Os distúrbios do pensamento só se evidenciavam, quando muito, ao se abordarem áreas de especial sensibilidade. Assim, Daniel Paul Schreber, um juiz alemão cujas memórias de sua "doença dos nervos" foram originalmente publicadas em 1903, e que acreditava estar se transformando no

gerador de uma nova raça, habitando um universo bizarro de raios e filamentos divinos, continuou apto a produzir argumentações e pareceres judiciais argutos, inclusive a respeito de sua própria tutela. Conseguiu convencer os tribunais, usando argumentos jurídicos e a narrativa pessoal, de que estava apto a ter alta de seu encarceramento num manicômio e a cuidar de seus afazeres.

Ao discutir o caso Schreber,[10] Freud observou que aquilo que tomamos como traços definidores da loucura – delírios, alucinações etc. – constitui, na verdade, sintomas que não são primários, mas secundários. Eles são menos constitutivos da loucura do que reações *à* loucura, tentativas de curar a si mesmo, como Bleuler, Jung, Lacan e Winnicott também viriam a afirmar. O que aconteceria com você, por exemplo, se as pessoas à sua volta começassem a cochichar, espalhando boatos maldosos sobre sua falta de moral e sua conduta sexual, sem qualquer razão aparente? Você teria de inventar uma razão. Conforme explicou uma mulher, como entender todos os boatos terríveis sobre ela senão reconhecendo que uma sósia[11] de moral duvidosa estava usando suas roupas e se fazendo passar por ela? Isso constituía menos uma eflorescência bizarra de loucura do que uma hipótese dotada de poder explicativo: era menos insanidade do que uma resposta da razão à insanidade. Eram ideias bem pensadas, talvez. Assim, loucura e razão não seriam opostas, mas idênticas, de acordo com a famosa argumentação de Erasmo e Pascal.

Mas de onde vieram os cochichos e as fofocas, para começar? À medida que esse processo de raciocínio lógico continua, um sistema delirante pode ser construído. O sósia aparece para prejudicar a reputação da pessoa e, com isso, garantir que ela perca uma herança, por exemplo. Se a televisão ou o rádio começam a falar, é para alertá-la de alguma coisa, ou para antagonizá-la, quem sabe. Por sua vez, os engenheiros responsáveis podem ser meros agentes de uma outra potência. Nesses casos, o pensamento não está realmente desordenado, apenas mais ordenado que o raciocínio cotidiano: se outra pessoa ouvisse uma voz, poderia simplesmente descartar o fato como efeito do cansaço e seguir em frente com sua vida. Mas a pessoa psicótica leva as coisas a sério. Para psiquiatras como Charles Lasègue e Clérambault, o psicótico pode ser mestre na dedução racional. Primeiro ouve vozes, depois lhes dá sentido, usando poderes de raciocínio que estão absolutamente intactos.

Assim, o delírio pode ser um modo de tentar compreender as próprias experiências, recorrendo a todas as faculdades de inferência e dedução à disposição do sujeito para encontrar uma resposta. Nas palavras de G.K. Chesterton, o louco perdeu tudo, exceto sua razão. Esses processos de pensamento costumam ser conduzidos com certa privacidade e só raramente

seriam divulgados. Muitos outros casos discutidos pelos primeiros psiquiatras mostraram sujeitos capazes, inteligentes e articulados, que se atinham discretamente a sistemas de crença místicos, sexuais, religiosos ou persecutórios. Esses casos “contidos” desafiavam a visão da loucura como uma decomposição orgânica e psicológica, mas, ao longo do século XX, receberam cada vez menos atenção. Seu estudo deslocou-se da psiquiatria da corrente dominante para a psicanálise lacaniana e a psiquiatria existencial e fenomenológica. Dado o foco inicial nessas formas de psicose, como se poderia explicar essa gravitação do interesse?

Há três respostas principais para a pergunta: em primeiro lugar, o destino da categoria diagnóstica da paranoia, que é o exemplo mais claro de loucura silenciosa; em segundo, o efeito da farmacologia no cenário da saúde mental; e em terceiro, a revisão radical dos procedimentos diagnósticos que caracterizou a psiquiatria biológica da década de 1980, a qual efetivamente eliminou o problema do sentido no estudo da psicose. Esses três fatores levariam ao eclipse do estudo das psicoses cotidianas, que um dia se haviam afigurado tão evidentes para a psiquiatria do início do século XX. Embora alguns estudos recentes que examinam fenômenos psicóticos – como ouvir vozes – na população geral[12] tenham ajudado a objetar essa tendência, seus índices estatísticos, que oscilam num ponto qualquer entre taxas de prevalência de 2% e 30%, subestimam a frequência e a discrição da loucura silenciosa.

Houve época em que a questão da paranoia polarizou esse debate sobre a coexistência da loucura com a normalidade. Quando Kraepelin descreveu a “paranoia verdadeira”, as duas características definidoras foram o pensamento delirante e a incrível conservação de todas as faculdades mentais e da inteligência. Os delírios, amiúde com ideias de grandeza ou perseguição, combinavam-se com uma clareza de pensamento e ação sem nenhum prejuízo. Embora, em certa época, ele tenha acreditado que a doença era crônica e irreversível, viria a admitir, após muitas críticas, que havia outras formas de paranoia, e, de fato, num de seus últimos textos, descreveu a paranoia como sendo menos um “processo patológico” do que uma “distorção” ou “malformação mental”.[13] Mas como era possível que as faculdades mentais fossem preservadas?

As respostas a essa pergunta foram progressivamente toldadas pela assimilação da paranoia ao grupo heterogêneo das esquizofrenias. Embora a paranoia tivesse respondido, em certa época, por grande parte dos diagnósticos hospitalares, a popularização do diagnóstico de esquizofrenia absorveu-a rapidamente. Psiquiatras como Henri Claude haviam alertado contra a confusão

entre paranoia e estados paranoides,[14] mas essa distinção viria a ser enfraquecida, muitas vezes perdendo-se de vista. É o que podemos ver refletido nas traduções do título da tese de Lacan, *De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité*: a primeira expressão costuma ser traduzida por "psicose paranoide", embora, na época em que a tese foi escrita, já houvesse uma distinção psiquiátrica entre "psicose paranoide" e "psicose paranoica", da qual Lacan tinha pleno conhecimento. Os estados paranoides podem ocorrer em quase qualquer tipo de perturbação mental, mas a paranoia como tal era uma categoria diagnóstica distinta, que envolvia a construção de um sistema estável de crenças, com um perseguidor nominalmente identificado. No entanto, com excessiva rapidez, a paranoia perdeu sua dignidade diagnóstica.

O caso de Ernst Wagner,[15] estudado pelo psiquiatra Robert Gaupp e seus alunos em Tübingen, teve especial importância nisso. Wagner era um professor sumamente respeitado, um homem instruído e inteligente, que levava uma vida ordeira e nunca havia chamado a atenção de médicos ou psiquiatras. No entanto, na noite de 4 de setembro de 1913, ele cortou calmamente a artéria carótida de sua mulher e de seus quatro filhos e, em seguida, viajou de trem de Stuttgart até o vilarejo de Mülhausen, onde, depois de provocar uma série de incêndios, atirou em todos os homens que viu, matando nove e ferindo outros doze com os revólveres que havia amarrado às mãos.

Essa fantástica explosão de violência, claro, chegou às manchetes da primeira página, alimentando uma ladainha de ódio aos "mentalmente enfermos". Wagner, afirmou-se, praticara sua orgia assassina durante um agudo acesso de loucura, mas, como demonstrou Gaupp, de maneira corajosa e persistente, os assassinatos, na verdade, tinham sido planejados anos antes, por um homem que se sentia insuportavelmente perseguido, como foi confirmado por seus cadernos de notas e agendas. A riqueza dos dados escritos que Gaupp examinou nessa ocasião foi um recurso de valor inestimável, acompanhando ao longo de vários anos o desenvolvimento mental de um homem que acabaria por se sentir obrigado a pôr em prática seus projetos homicidas. O psiquiatra fez o melhor possível para contestar a demonização de Wagner e evidenciar o fato de que, tal como seus detratores, ele era um ser humano cujos atos podiam ser explicados sem recurso a ideias como a de "maldade".

Para Gaupp, o interesse conceitual do caso estava na luz que ele lançava sobre a paranoia, que era claramente compatível com uma vida normal em comunidade. Afinal, Wagner tivera delírios por pelo menos vinte anos, mas fora capaz de funcionar como um bom cidadão e um homem de família sem qualquer sinal visível de loucura. Isso contrariava a simples visão kraepeliniana de que a

paranoia seguia um curso insidioso, sem ser afetada pelos acontecimentos da vida. Até 4 de setembro de 1913, ninguém achava que houvesse nada errado. Wagner matou a família inteira nessa noite, mas na noite anterior tinha se portado com sua polidez costumeira, trocando gentilezas com a mulher de outro professor e a filha dela e cumprindo seus deveres com responsabilidade e competência.

Os textos escritos, aliados às entrevistas dele com Gaupp, trouxeram à tona a lógica dos homicídios. Aos dezoito anos, Wagner havia começado a se masturbar, o que introduzira em sua vida uma catástrofe de automartirização. Ele tinha certeza de que os outros podiam deduzir seu segredo sujo a partir de sua aparência, e interpretava os comentários dos que o cercavam como alusões a isso. Em 1901, obteve um cargo letivo em Mülhausen, onde, apesar de diversos relacionamentos heterossexuais, continuou a se masturbar. Uma noite, quando voltava de uma taberna local para casa, teve algum tipo de contato sexual com animais: apesar dos anos de indagações de Gaupp, os detalhes exatos do que fez nunca foram plenamente esclarecidos. Ninguém testemunhou o ato, mas Wagner sentiu que havia pecado contra a humanidade inteira. Depois dessa noite, vagou pela vida numa agonia persecutória, interpretando as conversas que entreouvia como alusões a seu ato e intuindo as risadas e a zombaria da população local. Tinha se tornado objeto de riso.

Wagner sabia que, se retaliasse, perderia o emprego, menos por qualquer agressão do que pelo fato de que seu crime se tornaria conhecido. Começou a andar com um revólver carregado, para o caso de a polícia ir à sua procura, e o escondeu sob o paletó até mesmo em sua cerimônia de casamento. A união não foi suficiente para atenuar seu desespero, e Wagner se deu conta de que teria de matar a família, já que seus filhos poderiam ser portadores do germe de suas anomalias sexuais. À medida que a sensação de ser alvo de desdém e zombaria dos homens de Mülhausen se espalhou, passando a abarcar os vilarejos vizinhos, ele comprou mais armas, exercitou-se e planejou sua vingança. Com o aumento do sentimento de perseguição, acabou pedindo transferência e foi remanejado para Stuttgart, porém, mesmo lá, passou a crer que seu pecado era conhecido e constituía motivo de risadas. Teria de matar os homens de Mülhausen, disse, para acabar com as fofocas.

Antes de mais nada, porém, tinha que matar a família, por compaixão e para barrar a mácula da transmissão hereditária nociva. A ideia de seus filhos terem de viver com a vergonha do pai lhe era insuportável, de modo que matá-los os pouparia dessa dor e, ao mesmo tempo, erradicaria do mundo qualquer vestígio de seu pecado. Depois, atearia fogo a Mülhausen e mataria seus inimigos de lá.

Os assassinatos, portanto, dividiram-se em dois grupos: primeiro, o homicídio altruísta dos familiares, depois, a eliminação retaliatória dos perseguidores. O que eles tinham em comum era a tarefa de apagar um erro.

A criteriosa reconstrução do caso por Gaupp mostrou que a paranoia podia desenvolver-se ao longo de um período de muitos anos, respondendo a eventos da vida do paciente, em vez de apenas seguir um curso predeterminado, e que podia operar de forma aparentemente independente do comportamento superficial. Wagner era um homem respeitado, um bom professor e um membro funcional da sociedade. Não manifestava nenhum dos distúrbios que poderiam ser associados a uma "doença mental", e os discípulos de Gaupp, como Ernst Kretschmer, viriam a desenvolver essas ideias, enfatizando o papel da experiência vivida como algo que afetava o curso da paranoia e contestando o determinismo biológico direto de muitos de seus contemporâneos.[16] Quando Lacan publicou sua tese de doutorado sobre a paranoia, em 1932, foi essa tradição que ele desenvolveu e aprimorou.

No entanto, como categoria diagnóstica, a paranoia viria a desaparecer rapidamente da psiquiatria ocidental depois da Segunda Guerra Mundial. Em 1973, o *British Journal of Psychiatry* referiu-se a ela como "uma categoria obsoleta", e sua forma substantiva enfraqueceu-se em formas adjetivas: havia a "esquizofrenia paranoide", o "distúrbio de personalidade paranoide" ou a "reação paranoica", mas não a "paranoia" como tal. A antiga distinção entre "paranoia" e "paranoide" tinha se perdido, e em 1944 o termo desapareceu do manual mais influente – o *Manual diagnóstico e estatístico de distúrbios mentais* (ou DSM[b]); e, apesar de ter alguns defensores, essa já não é considerada uma categoria distinta na psiquiatria da corrente dominante. Terá sido porque a nova ênfase no comportamento superficial levou, precisamente, a uma cegueira para o que era invisível, para a forma silenciosa de loucura que Gaupp documentou com tanto cuidado?

OS AVANÇOS DA FARMACOLOGIA decerto foram um fator significativo no eclipse da paranoia. Os novos tratamentos medicamentosos pareceram oferecer uma esperança incrível, e a medicação antipsicótica viria a redefinir as tarefas da psiquiatria. O momento principal costuma ser identificado como a introdução da clorpromazina, no começo da década de 1950, droga que permitiu uma nova calma e distanciamento do mundo – uma "terapia da hibernação", como foi inicialmente chamada. Pacientes agitados e problemáticos tornavam-se mudos e imóveis. A ênfase, nesse caso, recaiu em modificar o comportamento superficial,

e não em identificar problemas subjacentes de raízes profundas, embora, a princípio, muitos desses remédios fossem vistos como instrumentos para permitir que se iniciasse a psicoterapia, e não como alternativas concretas.

Já houve muitas críticas eloquentes à medicação psiquiátrica e não quero entrar detidamente nessas discussões aqui. Basta-nos apenas assinalar os efeitos colaterais graves e permanentes de muitos neurolépticos: docilidade, passividade, diabetes, sintomas semelhantes aos do mal de Parkinson, patologia dentária, aumento de peso e problemas de salivação e elocução, para citar apenas alguns. Também se demonstrou que esses medicamentos não funcionam para uma grande percentagem dos pacientes – até dois terços deles – e, quando ingeridos, acarretam um índice mais alto de recaídas e reinternações hospitalares do que quando não são tomados. Alguns críticos afirmam que o uso regular da medicação antipsicótica reduz a expectativa de vida em 25 anos, não por suicídios, mas principalmente por morte decorrente de problemas cardiovasculares e metabólicos.

Vale lembrar aqui que, quando admitidos, esses efeitos colaterais das drogas antipsicóticas costumam ser considerados negativos. A docilidade, a passividade e o embotamento geral dos processos cognitivos são vistos como o preço a ser pago por um bem maior. No entanto, eram esses mesmos aspectos que, no começo do século XX, eram vistos como os *objetivos* da medicação. A longa linha de intervenções médicas anteriores, desde a terapia por coma insulínico e as injeções de metrazol até o eletrochoque, havia almejado destruir ou prejudicar severamente as chamadas “funções superiores” do cérebro. Afinal, eram essas funções superiores que causavam os sintomas da psicose. O tratamento devia ter por fim “nocautear o cérebro” e “bloquear a memória”, como disse um psiquiatra no começo da década de 1940.

De fato, o “Eureca!” no desenvolvimento do eletrochoque veio quando Ugo Cerletti viu que era possível usar a eletricidade para aturdir os animais no matadouro, fazendo a corrente passar não pelo corpo todo, como ele estivera fazendo, mas apenas pela cabeça. Embotar o cérebro era o objetivo, e não o efeito colateral: o tratamento de choque era como “chutar um relógio suíço”. Abrandava os sintomas, além de fazer dos pacientes pessoas com quem era mais fácil lidar, mais pacatas e obedientes. O metrazol, por exemplo, aparentemente produzia falta de profundidade afetiva, tendência ao retraimento dos contatos pessoais e decréscimo da capacidade de auto-observação – qualidades que, como assinalou Kurt Eissler, tornariam o paciente um indivíduo mais aceito no plano social.

Muitos psiquiatras que escreveram na era da expansão dos medicamentos

também fizeram uma observação que hoje parece tão aguçada quanto foi na época. A psicoterapia com sujeitos psicóticos em geral é longa, difícil, exaustiva e carente dos tipos de gratificação que poderíamos associar a tratamentos médicos mais convencionais. Deve ser mais agradável ter um paciente que se altere perceptivelmente para melhor, através de um ato médico, do que outro em quem a mudança só possa ser acompanhada retroativamente depois de muitos anos de trabalho. E com certeza, diziam eles, o fato de muitos pacientes diagnosticados com esquizofrenia não melhorarem talvez gerasse certa antipatia entre os médicos, não é? Assim, as prescrições de medicamentos entorpecedores do cérebro – tal como seus predecessores: o coma insulínico e os tratamentos de choque – puderam então ser vistas como uma forma inconsciente de retaliação: para além do cuidado e do interesse conscientes pelo paciente, havia um sentimento de impotência e frustração. Esses tratamentos, em certo nível, eram um castigo pelo fato de os doentes não melhorarem. Como observou Gérard Pommier, será por acaso que os medicamentos de hoje não são chamados de "antipsicose", mas, justamente, de "antipsicóticos", como se a própria pessoa psicótica é que precisasse ser eliminada?[17]

Essa dimensão poderia, é claro, contribuir para a eficácia terapêutica. Uma mulher começou a achar que "o mundo inteiro estava contra ela": as pessoas na rua a espionavam e tramavam coisas, e o rádio e a televisão falavam dela. Dois anos antes, ela se casara com um homem muito mais velho, um antiquário riquíssimo, em cuja família tinha sido governanta durante os 25 anos anteriores. Aparentemente, a família e os filhos do novo marido haviam aprovado calorosamente o casamento, que a promovera em termos sociais e econômicos. O surto psicótico desencadeou-se no exato momento em que ela recebeu um cheque, que lhe foi enviado em seu nome e providenciado pelo marido. Ela teve a sensação de estar se aproveitando de sua nova situação e privando os filhos dele de algo que lhes pertencia, por mais generosos e compreensivos que eles tivessem sido. Essa culpa foi imediatamente transformada, ao que parece através da projeção, num sentimento de perseguição. Um período de tratamento por eletrochoque acarretou uma melhora admirável, após a qual seguiu-se uma vida familiar afetuosa e "normal". É difícil não ligar esse desfecho feliz à natureza do tratamento: será que os eletrochoques não foram vivenciados por ela como um castigo suficiente por seu crime?

Muitos dos primeiros estudos de certos tratamentos físicos, como o eletrochoque e o metrazol, viriam a descobrir que havia ligações poderosas entre a eficácia deles e o sentido psicológico que lhes era atribuído por pacientes e médicos. Embora o método usado variasse enormemente, os "resultados" eram

de uma semelhança surpreendente, e se correlacionavam com o fato de os tratamentos serem conduzidos com expectativas intensas do terapeuta ou meramente como procedimentos de rotina. Uma das lições mais significativas das primeiras pesquisas é esquecida aqui, com demasiada frequência: os efeitos corporais dos vários tratamentos de choque eram mais ou menos idênticos aos que se seguem a um choque *emocional*. Isso sugeriu que não era o detalhe do procedimento físico e sim seu impacto no paciente – o que ele representava para este – que era significativo. Como assinalou Manfred Bleuler, um dos estudos chegou até a mostrar que a amputação de um membro poderia ter um efeito tão "bom" quanto o da lobotomia.[18]

Atualmente, há poucas razões para duvidar de que o mesmo princípio esteja em ação. Os medicamentos não são tomados no vazio, mas fazem parte de interações que surtem efeitos no paciente. Dizer que os remédios funcionam não nos informa grande coisa, já que o que exatamente eles fazem varia muito. Aqui, talvez a história de sucesso tenha mais a ver com relações públicas do que com o avanço científico. Curiosamente, as primeiras gerações de drogas antipsicóticas nunca resultaram de pesquisas direcionadas. Todas resultaram de descobertas ao acaso: a clorpromazina era usada como tranquilizante na anestesia; a reserpina, para tratar a hipertensão; a iproniazida, como euforizante no tratamento da tuberculose; e o urato de lítio era um sal usado para sedar cobaias antes da experimentação.

Os clínicos notaram os efeitos tranquilizadores e embotadores dos medicamentos e começaram a pensar em seu uso como "antipsicóticos". Essas qualidades entorpecedoras viriam então a ser comercializadas com uma retórica de "cura" e "tratamento". Os historiadores mostraram que os departamentos de relações públicas das empresas farmacêuticas transformaram habilmente a descrição das drogas, fazendo-as passar de cerceadores químicos a curas de precisão. A mensagem foi clara: ali estavam, finalmente, os remédios pelos quais os psiquiatras haviam esperado no desamparo durante todos aqueles anos.

Isso envolveu uma amnésia conveniente sobre os tratamentos anteriores. Sempre houvera "curas" da doença mental, apresentadas ao público e aos profissionais com respaldo científico. Os médicos não se perguntaram se estavam fazendo a coisa certa, até os medicamentos da década de 1950 surgirem e lhes permitirem ver a luz. Muitos psiquiatras tinham absoluta certeza, a partir do fim dos anos 1930, de que a terapia por coma insulínico funcionava e, mais tarde, de que o metrazol era um caminho seguro para a recuperação. A clorpromazina foi realmente milagrosa, não por ser tão melhor do que os tratamentos anteriores, mas porque as próprias empresas de relações públicas

eram agora muito mais profissionais. Criar narrativas tinha se tornado um grande negócio, e com equipes abundantes para fazê-lo.

Os departamentos de relações públicas também tentaram reescrever a história das mudanças sociais que os medicamentos pareceram introduzir. Segundo eles, as pessoas psicóticas passaram a ser capazes de dar continuidade a sua vida fora do hospital, e a desinstitucionalização da psicose ocorrida nas últimas quatro décadas baseou-se no respaldo médico dessas novas drogas. Como disse um comentarista, os novos remédios "possibilitaram à maioria dos doentes mentais serem tratados com sucesso e rapidez em suas próprias comunidades e serem devolvidos a um lugar útil na sociedade". Entretanto, os historiadores mostraram que o movimento para a desinstitucionalização não foi uma mera consequência das novas terapias medicamentosas. Modificações na psiquiatria social e comunitária, a exemplo das políticas de portas abertas, iniciaram um esvaziamento dos leitos dos manicômios bem antes da chegada da clorpromazina, em 1954.[19]

Nos Estados Unidos, os manicômios começaram a enviar pacientes para clínicas de repouso depois que a nova legislação do Medicaid e do Medicare, na década de 1960, passou a fornecer subsídios para tratamentos alternativos. A legislação da assistência social também viria a fornecer benefícios por invalidez, de modo que os hospitais encaminharam um número ainda maior de pacientes para albergues e abrigos beneficentes. Tudo isso aconteceu uns dez anos depois da chegada da clorpromazina e dos primeiros neurolépticos, enfraquecendo o elo de causa e efeito que costumava ser postulado entre eles. Se é verdade que, de meados para o final dos anos 1960, um número cada vez maior de pacientes mudou-se para a comunidade, também se observou que um número cada vez maior de sujeitos psicóticos começou a aparecer nos presídios ou nas ruas. Comparados aos hospitais, será que estes realmente constituíam uma alternativa melhor? E hoje, apesar da descoberta dos efeitos da clorpromazina e das drogas que a sucederam, o número de pessoas diagnosticadas com psicose quintuplicou.

Os anos 1960 também assistiram a mudanças significativas na legislação dos medicamentos, que passou a exigir que cada novo agente químico especificasse seus princípios ativos, os efeitos buscados e o período de administração necessário para eles serem atingidos. Isso significou um novo tipo de precisão superficial. Os medicamentos teriam de ser aprovados em testes dispendiosos, para comprovar que seriam mais eficazes do que um placebo e funcionariam melhor do que outras drogas usadas para o mesmo grupo-alvo de pacientes. Do mesmo modo, as doenças que eles afirmavam tratar teriam de possuir contornos bem-definidos. Nesse cenário, os historiadores da psiquiatria concordam que foi

principalmente a indústria farmacêutica que criou as novas categorias diagnósticas. Com cada nova categoria veio um novo medicamento, criando nichos de mercado.

Essa mudança teve uma consequência notável, prevista com estranha presciência pelos historiadores. Os medicamentos agiam sobre os sintomas perturbadores visíveis da psicose e, com o correr do tempo, a "doença" real que eles supostamente tratavam foi redefinida em termos dos efeitos dos remédios. Em vez de ver o medicamento como a chave para a fechadura da doença, esta foi definida como o que quer que combinasse com essa chave, mais ou menos como o sapatinho de Cinderela. Recentemente, um de meus pacientes precisou consultar um psiquiatra e, no final da consulta, indagou sobre seu diagnóstico. O psiquiatra respondeu que ele teria de esperar para ver como ia reagir aos medicamentos. Isso foi exatamente o que os historiadores tinham previsto que aconteceria. Como observou o antropólogo Andrew Lakoff, em vez de perguntar "Este é um caso de transtorno bipolar ou de esquizofrenia?", a pergunta tornou-se: "Este é um perfil de resposta ao lítio ou à olanzapina?"[20] Os medicamentos passaram a definir a doença: tratava-se menos de encontrar uma droga que se adequasse a uma doença do que uma doença que se adequasse à droga.

O novo foco nos medicamentos e em seu poder de moldar o que era visto como a doença, na verdade, deslocou a direção das pesquisas exatamente para os sintomas nos quais era possível ver que as drogas surtiam efeito. Isso significou negligenciar as formas silenciosas de loucura que tanto haviam interessado aos primeiros psiquiatras, visto que a maioria desses casos não exibia sintomas espalhafatosos e não necessitava de medicação. É certo que a maioria dos clínicos atuais não diagnosticaria como psicóticos os casos que os primeiros psiquiatras – e os lacanianos de hoje – consideravam psicoses não desencadeadas, pela simples razão de que foram ensinados a ver a psicose como uma coisa diferente: um conjunto limitado de fenômenos ligados às respostas visíveis.

As paranoias discretas que tanto haviam fascinado Gaupp e outros psiquiatras da Europa continental foram predominantemente esquecidas na produção dessa nova versão das categorias diagnósticas como um conjunto de problemas de química cerebral de base biológica. Através do sucesso aparente dos medicamentos, a psiquiatria perdeu o interesse pelas mudanças e desdobramentos que uma psicose poderia sofrer sem medicação e pelos mecanismos de reparação que era capaz de construir. Estudos de curto prazo substituíram os estudos de vinte ou trinta anos dos antigos clínicos, proporcionando menos oportunidades para se verificar como as pessoas podiam

criar suas próprias soluções e estabilizações da psicose ao longo do tempo, e introduzindo novos perigos.

Ao embotar as faculdades mentais da pessoa, os tratamentos medicamentosos ameaçaram a capacidade de o sujeito psicótico construir defesas autogeradas contra sua experiência de loucura. A partir do momento em que vemos a psicose como algo que envolve um trabalho de construção e criação, há um risco real e grave de que o uso de medicamentos a longo prazo comprometa irremediavelmente esse processo. E, de fato, alguns estudos notaram um declínio gradativo na melhora dos pacientes nos últimos quarenta anos, mais ou menos, como se o embotamento da psique dos doentes bloqueasse a produção de processos de estabilização autênticos e duradouros.[21] Ironicamente, as percepções populares da psicose tendem a equiparar o que são, na verdade, efeitos colaterais da medicação antipsicótica – salivação excessiva, movimentos espásticos, extrema letargia – com os sintomas primários da própria psicose.

O evidente sucesso das drogas ajudou a deslocar a ênfase dos processos pelos quais uma pessoa podia melhorar sem medicação. Houve cada vez menos estudos das maneiras como os indivíduos conseguem encontrar certo equilíbrio ao longo do tempo. A medicalização da loucura e o desenvolvimento de serviços nacionais de saúde, em moldes gerenciais e burocráticos, significaram que a loucura passou a ser vista como nada além de um problema médico a ser tratado farmaceuticamente. Aos poucos, retirou-se o financiamento de muitos projetos liberais e progressistas de criação de meios terapêuticos para sujeitos psicóticos. As horas de contato entre psiquiatra e paciente também foram radicalmente reduzidas, o que viria a ter consequências catastróficas para a teoria e para a terapia da psicose. Atualmente, muitos países têm um nível vergonhosamente baixo de horas de contato por paciente, contato este que, em alguns casos, atinge uma média que vai de uma hora a uma hora e meia por ano.

O predomínio da visão medicalizada da psicose é esplendidamente demonstrado na página da Associação Norte-Americana de Psiquiatria na internet, na qual, até 2008, era possível ver fotos de psiquiatras estudando imagens de tomografias do cérebro de algum paciente, a maioria deles de jaleco branco ou macacão cirúrgico. Essa era a suprema psiquiatria científica com que muitos haviam sonhado, com o paciente reduzido a um cérebro e a objeto do olhar profissional dos psiquiatras. No entanto, como assinalou Richard Bentall, além do fato de que o jaleco branco pode ter pouca função óbvia para um médico que não tem nenhum contato físico com os pacientes, os únicos psiquiatras a usar macacões cirúrgicos foram aqueles que praticavam as lobotomias pré-frontais, “um procedimento que a categoria profissional se

apressou em esquecer”.[22]

NO FINAL DA DÉCADA DE 1970, a loucura tinha passado a ser cada vez mais equacionada com seus sintomas visíveis – aqueles que os medicamentos tinham por alvo. Naturalmente, a ênfase na visibilidade significou que toda uma multiplicidade de preconceitos e juízos de valor pôde entrar em ação. Pierre Janet havia assinalado, no começo do século XX, que o paciente rico recebia diagnósticos menos “graves” do que o paciente aparentemente empobrecido, e agora, numa série de experimentos conhecidos, constatou-se que as pessoas que se queixavam de pensamentos e ideias bizarras, quando bem-vestidas e bem-falantes, tendiam mais a ser descritas como “excêntricas” do que seus equivalentes malvestidos e com pouca fluência verbal que se queixavam exatamente dos mesmos sintomas. Estes tinham mais tendência a receber o diagnóstico de esquizofrenia e a serem detidos em hospitais e medicados.

Em seu famoso estudo,[23] David Rosenhan providenciou para que oito pessoas “sãs” – três psicólogos, um pediatra, um psiquiatra, um pintor, uma dona de casa e o próprio Rosenhan, professor de psicologia – buscassem internação em doze hospitais norte-americanos diferentes. Nenhum deles tinha qualquer relato de sintomas, porém todos foram instruídos a se queixar, ao buscarem admissão, de estar ouvindo vozes que diziam as palavras “vazio”, “oco” e “baque”. Depois disso, caso fossem internados, deveriam simplesmente portar-se como de hábito e não relatar nenhuma outra ocorrência das vozes. Tudo isso revelou-se ainda mais fácil do que se esperava. Com exceção de um, todos foram internados com o diagnóstico de “esquizofrenia”, e todos receberam alta com o diagnóstico de “esquizofrenia em remissão”, após temporadas que variaram entre uma semana e quase dois meses. Foram-lhes receitados quase 2.100 comprimidos, de uma ampla variedade de drogas. Incrivelmente, as equipes não pareceram ter a menor consciência de que se tratava de “pseudopacientes”, embora os outros internos muitas vezes se mostrassem desconfiados: “Você não é maluco. Você é jornalista”, como disse um paciente.

Depois de comunicar esses resultados iniciais, Rosenhan disse à equipe médica de um importante hospital de pesquisa e ensino que tornaria a conduzir o mesmo experimento, em algum momento dos três meses seguintes. A equipe foi solicitada a avaliar as internações, de acordo com uma escala de probabilidade de que se tratasse de pseudopacientes. Oitenta e três pacientes foram considerados fictícios por um ou mais membros da equipe, quando, na realidade, praticando um duplo blefe, Rosenhan não havia despachado um único de seus

recrutas para o hospital. Mesmo assim, porém, todos esses diagnósticos foram feitos. Sem querer negar a gravidade dos distúrbios mentais, esse estudo questionou a suposição de que os sãos e os insanos podiam ser distinguidos com muita clareza.

Essa variabilidade refletia-se não apenas em termos da situação econômica, como havia observado Janet, mas também no polo transcultural. Exibida a psiquiatras norte-americanos e ingleses, a filmagem de um paciente produziu diagnósticos radicalmente diferentes. Os americanos tiveram mais que o dobro da probabilidade de fazer diagnósticos de esquizofrenia do que seus colegas britânicos. Uma série de estudos, na década de 1960 e início da de 1970, produziu resultados semelhantes. Um filme de uma jovem que se queixava de sintomas brandos de ansiedade e depressão, bem como da frustração de sua ambição de ser atriz, recebeu um diagnóstico de esquizofrenia de um terço dos psiquiatras norte-americanos, mas de nenhum dos britânicos, que preferiram termos como “emocionalmente instável”.[24] Em geral, os britânicos mostraram menos propensão a diagnosticar patologias do que seus correspondentes norte-americanos, com uma exceção: tenderam a diagnosticar a psicose maníaco-depressiva com frequência muito maior. É fácil imaginar os imperturbáveis psiquiatras britânicos, de cachimbo na mão, aplicando esse único diagnóstico a pessoas que faziam esforços ardorosos para se comunicar, rompendo o decoro cultural da distância e do eufemismo tão valorizado pela “nação de eremitas” descrita por Stendhal.

Ficou claro que as diferentes culturas e tradições faziam diagnósticos de maneiras diferentes. A globalização das categorias psiquiátricas ainda não havia ocorrido. À medida que essas diferenças foram divulgadas, intensificou-se a busca de um sistema inteiramente “objetivo” de diagnóstico da saúde mental, impulsionada pela nova legislação sobre os medicamentos. As novas categorias clínicas teriam que funcionar no plano internacional, para que os mercados não ficassem restritos a regiões geográficas específicas, e os mesmos sintomas deveriam produzir o mesmo diagnóstico em diferentes partes do mundo. A ênfase nos sintomas superficiais – aspectos externamente classificáveis de comportamento e até de vestuário, que supostamente transcenderiam os preconceitos do investigador – passou então a redefinir grande parte do trabalho da psiquiatria. A concentração nos sintomas externos significou, efetivamente, que a experiência pessoal do indivíduo foi desvalorizada: o importante eram os sintomas que ele exibia, e não seu modo de processar esses sintomas, ou de compreendê-los, ou sua maneira de conferir ou não sentido a sua experiência.

O sistema de classificação do DSM nascido daí consolidou a ênfase na

superfície e na visibilidade. Esse manual vende centenas de milhares de exemplares a cada edição e exerce um impacto maciço na prática psiquiátrica e no ensino da medicina no mundo inteiro.[25] Visto por muitos como um padrão ouro, ele lista os distúrbios mentais e explica como diagnosticá-los. O distúrbio é quase sempre definido em termos de comportamento, de modo que aspectos visíveis e externos da nossa vida são usados para definir categorias clínicas. Se você é nervoso e tímido, isto, em vez de ser visto como sintoma de uma categoria clínica subjacente a ser descoberta, torna-se uma categoria clínica em si: fobia social.

Para cada uma das chamadas “doenças mentais”, o DSM lista um número de sintomas visíveis, e se você tiver, digamos, cinco ou seis entre dez deles, receberá esse diagnóstico. Um dos sintomas na lista das características definidoras do distúrbio da personalidade esquizoide, por exemplo, é “usar roupas manchadas de tinta”. O absurdo dessa definição comportamental externa torna-se perturbador ao percebermos que ele faz parte de um sistema de diagnóstico que, se pode permitir o acesso ao tratamento e ao pagamento de seguros para uns, pode cercear e cortar outros e ter efeitos significativos em suas vidas. Como veremos mais adiante, é possível até que essa própria ênfase no uso de características externas do comportamento para definir os seres humanos seja, em si mesma, um sintoma de psicose.

Acabou-se a ideia da causalidade psíquica complexa, ou até de vida interior. Para o DSM, só existem dois tipos de causas: as biológicas e as relacionadas com o estresse. Os novos diagnósticos são feitos com base em sintomas superficiais que o observador possa classificar rapidamente, e não em estruturas invisíveis que só possam ser diagnosticadas de forma responsável após um período considerável. Como disse um psiquiatra norte-americano, usar o sistema diagnóstico cada vez maior do DSM era como tentar cortar o peru do Dia de Ação de Graças conforme suas penas e não sua estrutura óssea.

Houve uma estranha ironia nessa inversão. As concepções populares da loucura privilegiavam, afinal, o comportamento que não fazia sentido: observações bizarras no meio de uma conversa, ideias delirantes, mudanças repentinas do tom afetivo. O que caracterizava a loucura, aqui, era o fato de ela romper com o comportamento convencionalmente esperado: em outras palavras, ela se afastava daquilo a que era possível dar sentido. Com certeza, poderíamos pensar, isso implicaria que o estudo da loucura deve partir do problema do sentido. No entanto, o sentido e a experiência íntima do sujeito psicótico vieram a ter cada vez menos importância no novo paradigma baseado nos sintomas. Um levantamento recente das publicações MEDLINE sobre a esquizofrenia mostrou

que apenas 0,17% dos artigos relacionaram-se com a experiência subjetiva do paciente.[26]

O efeito do DSM foi maciço, e talvez o desgaste mais significativo dos valores anteriores da psiquiatria tenha sido o colapso da distinção entre sintoma e estrutura. Qualquer um pode ter um tique, uma insônia, uma fobia ou um distúrbio alimentar, mas o lugar que isso ocupa em sua vida precisará ser cuidadosamente explorado. Quando um adolescente para de comer, por exemplo, podemos descobrir que é por estar tendo devaneios românticos sobre uma colega de classe: talvez imagine que quanto mais magro ficar mais atraente será. Em outro caso, entretanto, ele pode recusar o alimento por achar que está envenenado, ou por vivenciar seu corpo como um buraco que não pode ser preenchido. Tratar esses casos da mesma forma seria imprudente, e um diagnóstico de anorexia, digamos, seria profundamente inútil, pois equipararia os sintomas superficiais – a recusa do alimento – ao próprio distúrbio, em vez de ver um como sintoma do outro. O sistema anterior ao DSM veria a anorexia como sintoma de uma categoria diagnóstica subjacente, e não como constitutivo, em si mesmo, de uma categoria.[27]

Portanto, identificar o comportamento superficial com os distúrbios oblitera a distinção entre superfície e profundidade e gera, naturalmente, um número cada vez maior de categorias clínicas: agora, cada faceta da condição humana pode transformar-se num distúrbio. Inversamente, o comportamento superficial conformista pode esconder um grave problema subjacente. Pensemos, por exemplo, no caso de Harold Shipman. Ele matou mais de 250 pessoas, no entanto trabalhou durante anos como um respeitado clínico geral, conquistando a admiração da comunidade a que servia. Participou de sociedades locais e acompanhou todos os eventos possíveis do Desenvolvimento Profissional Contínuo organizados em sua região. Manteve-se atualizado em relação às pesquisas médicas e tinha uma clínica popular e movimentada. Era gentil, atencioso e excelente ouvinte. No entanto, ao mesmo tempo, vinha matando cuidadosamente muitos de seus pacientes. Quando os psiquiatras o examinaram, não conseguiram encontrar nenhuma indicação clara de “doença mental”.

É o próprio absurdo desse resultado que deve nos fazer reconhecer que o sistema de diagnóstico de doenças mentais do DSM está totalmente fora de esquadro. O simples fato de Shipman não ter tido nenhum dos sintomas visíveis de loucura, desses que vemos retratados nos filmes e listados nos manuais de psiquiatria da corrente dominante, não significa que ele não fosse louco. E, de fato, é precisamente a loucura em que a tradição psiquiátrica anterior se concentrava, explorando sua descrição, que se revela útil aqui, para permitir que

detectemos a psicose de Shipman e também sugerir o que pode tê-la desencadeado e levado aos homicídios. O importante, como veremos, é desencavar a lógica do que dizem os sujeitos psicóticos sobre sua experiência.

Nesse ponto, o diagnóstico não pode se basear no comportamento externo e em traços superficiais, e sim, ao contrário, em sua articulação na linguagem. Um adolescente criado numa cultura católica pode ver uma aparição da Virgem Maria na igreja numa manhã, mas isso em si não nos diz nada. Se se trata ou não de uma alucinação autêntica depende, como assinalou Esquirol, de como essa visão é interpretada, de qual sentido lhe é atribuído por essa pessoa em seu discurso: será a aparição entendida como um sinal dirigido a ela, ou como o efeito não intencional de uma noite maldormida, ou de um estado de confusão?[28]

Se reconhecermos isso, veremos que a loucura nunca é redutível a sintomas externos que chamem a atenção. Aqui, o pensamento não é visto como perturbado, mas segue um rigor que pode efetivamente estar ausente nos "sadios". O diagnóstico não pode ser feito a partir de uma classificação externa do comportamento, mas apenas mediante a escuta do que a pessoa tem a dizer sobre o que aconteceu em sua vida, levando a sério a posição que ela assume em sua própria fala, a lógica que ela mesma desenvolveu. Nessa tradição, a normalidade e a loucura são menos contrastadas do que assemelhadas. Aliás, nesse caso, o que é loucura? De que conceitos necessitamos para defini-la? E se a loucura não pode ser oposta à normalidade, qual pode ser o seu contraponto?

---

[b] Abreviatura do título norte-americano, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (N.T.)

2. Os pontos básicos

PARA IRMOS ADIANTE, precisamos introduzir algumas ideias psicanalíticas básicas. Elas permitirão que passemos a explorar as particularidades da psicose: o que ela é, de onde vem e que formas pode assumir. O lugar mais simples para começar é a ideia de defesa. Em seus primeiros trabalhos da década de 1890,[1] Freud afirmou que a maioria dos aspectos do sofrimento humano estava ligada ao modo de nos defendermos de pensamentos ou imagens perturbadores. Ao vivenciarmos uma situação traumática ou termos um pensamento impalatável, tendemos a fazer alguma coisa a seu respeito. Não podemos simplesmente manter esse conteúdo na consciência, onde continuaria a nos afetar, e por isso tentamos transformá-lo. A maneira mais óbvia de fazê-lo é simplesmente esquecer que aquilo aconteceu. Aplicamos a amnésia ao que nos é insuportável demais recordar. Todos estamos familiarizados com isso no nível do cotidiano, em que um aborrecimento ou uma discussão pode ser rapidamente obliterado da memória.

Embora, com um pouco de estímulo, em geral se possa lembrar uma pequena desavença do dia a dia, Freud acreditava não ser possível ter acesso tão fácil aos traumas mais fundamentais e às linhas de pensamento perturbadoras. Eles são tão profundamente sepultados, que não fazem a gentileza de aparecer quando os procuramos. Entretanto, existem pistas para localizá-los: no lugar da lembrança esquecida aparece um sintoma, como um fantasma que está sempre retornando. Pode tratar-se de uma fobia, um tique, uma dor de cabeça, uma ideia obsessiva, uma paralisia ou qualquer outra forma de intromissão mental ou física em nossa vida. Em geral inexplicável em termos médicos, o sintoma nos perturba, mas não temos conhecimento consciente de sua causa.

Num dos exemplos de Freud, sua paciente Emma desenvolveu uma fobia a entrar sozinha em lojas. Ligou isso a uma lembrança de quando tinha doze anos:

ela havia entrado numa loja e visto dois vendedores rindo juntos. Assustada, apressara-se a sair de lá, com a ideia de que os homens estavam rindo de sua roupa e de que um deles a havia atraído sexualmente. Uma segunda lembrança não tardou a modificar a primeira. Aos oito anos de idade, ela entrara duas vezes numa doceria, onde o dono da loja lhe havia apalpado a genitália por cima da roupa. Embora isso tivesse acontecido na primeira visita, mesmo assim ela havia retornado à loja uma segunda vez. Ao ligar as duas cenas, Emma se deu conta de que o riso dos vendedores da lembrança mais recente evocara nela o sorriso do lojista da lembrança anterior. Mas nada disso lhe vinha à cabeça quando ela experimentava o medo de entrar sozinha em lojas, e só emergiu depois do trabalho de levantamento e vinculação das lembranças. A única coisa de que Emma tinha consciência era de haver um problema com sua roupa.

Assim, o sintoma – sua fobia – funcionava como um memorial das cenas traumáticas, que não tinham sido recordadas até o trabalho analítico com Freud. Essa forma de defesa que Freud chamou de “recalcamento” caracterizava a neurose e era a razão pela qual, conforme ele acreditava, muitos de nós temos poucas lembranças da infância. As realidades trágicas de sermos afastados de nossas mães e de vermos frustradas as nossas demandas infantis de amor significam que lançamos uma rede de amnésia sobre nossos primeiros anos de vida. Nossas poucas lembranças, que comumente parecem banais e inócuas, são como anteparos atrás dos quais ficam experiências importantes e dolorosas, que não podemos recordar diretamente.

A amnésia, para Freud, não era a única forma de defesa. Havia também um recalque que funcionava por deslocamento, passando a carga afetiva de um acontecimento para algum detalhe pequeno e contingente. Para tomar o exemplo da loja de doces, seria como se a pessoa pudesse, de fato, lembrar perfeitamente todo o ocorrido: o vendedor, a agressão sexual e a fuga da loja, tudo isso seria descrito, mas sem nenhuma ideia da importância do que havia acontecido. No entanto, a pessoa em questão pode ter horror a portas que não se fecham direito, e passar horas, todos os dias, verificando cuidadosamente se todas as portas de sua casa estão bem fechadas. Esse sintoma – o ritual obsessivo da verificação das portas – parece não ter nenhuma ligação imediata com a lembrança, a qual em si é descrita como qualquer outra. Mas é que a carga afetiva e traumática da cena foi deslocada para o detalhe da porta, talvez num eco da porta que a pessoa usava para entrar ou sair da loja.

Clinicamente, não raro é difícil localizar as lembranças significativas, já que elas podem ser descritas de forma insípida, como se nada de importante houvesse ocorrido. Os fios que religam o sintoma às lembranças têm que ser

procurados, e às vezes, nesse processo, é possível a pessoa perceber o que tais acontecimentos significaram para ela naquela ocasião. Os médicos deparam com essa situação cotidianamente, ao perguntarem a seus pacientes se teria acontecido algo de significativo na época do surgimento de determinado sintoma físico. Após uma resposta negativa, talvez haja necessidade de uma averiguação com perguntas detalhadas, para deixar claro que houve uma perda, um rompimento ou algum acontecimento obviamente relevante na ocasião, algo que a pessoa simplesmente afastou do pensamento.

Essas duas formas de recalcamento – o recalque por meio da amnésia e o recalque por meio do deslocamento – caracterizam as duas formas principais de neurose: a histeria e a neurose obsessiva. Elas são comuns na vida cotidiana, embora a forma obsessiva de defesa possa despertar menos atenção, já que a pessoa geralmente não se queixa dela. Os sintomas histéricos, ao contrário, podem ser mais ruidosos, uma vez que demandam uma testemunha, seja esta um médico, um companheiro, a família ou os amigos. Os sintomas da histeria e da neurose obsessiva tendem a ser modos de formular uma pergunta, uma pergunta sobre a sexualidade ou a existência do próprio sujeito. Para além da fobia de Emma de entrar sozinha em lojas, talvez houvesse uma questão sobre o que significava ser um objeto sexual para um homem.

Uma de minhas pacientes queixou-se do sintoma de sempre se envolver com homens que eram ambivalentes a seu respeito: com eles, disse, “nunca sei onde estou”. No entanto, fugia dos homens que claramente gostavam dela. Seu sintoma, ao que ela percebeu, era um modo de fazer perpetuamente a pergunta “O que sou para você?”, que não podia ser formulada se a afeição do parceiro fosse inequívoca. Quando não há uma solução pronta em nossa vida para os dilemas da sexualidade ou da existência, podemos passar um tempo enorme fazendo essas perguntas, de diferentes maneiras. A passagem de uma relação para outra, na minha paciente, era uma forma de levar adiante uma investigação sobre sua feminilidade, e, muitas vezes, constatamos problemas na transmissão da masculinidade ou da feminilidade de uma geração para a seguinte: a mãe é acusada de não outorgar uma identidade feminina à filha, ou de não ser suficientemente feminina, ela própria, ou o pai é acusado de não iniciar o filho na vida adulta, de contradizer seus próprios ideais, e assim por diante.

Mas o que aconteceria se os sintomas de alguém se revelassem não tanto um modo de fazer uma pergunta e sim a imposição de uma solução? Essa é uma das diferenças mais fundamentais entre a neurose e a psicose. No caso de Helene Renner, descrita por Ernst Kretschmer,[2] essa jovem sentiu-se atraída por um de seus colegas de trabalho. Ela se pautava por um código moral rigoroso e lutava

contra esses impulsos sexuais. Fazendo o melhor possível para reprimir seus pensamentos, era muito reservada com o colega, mas intuía que, em certo nível, ele retribuía seu interesse. Ficava magoada toda vez que o rapaz falava com as outras moças do escritório e percebeu que já não conseguia suportar o olhar dele, uma vez que os dois se sentavam defronte um do outro; lutou com essa mescla de atração e repulsa por um tempo considerável. Começou então a pensar numa experiência anterior, na qual o tio em cuja casa ela estava então morando havia deitado em sua cama, contra a vontade dela, quando ela tinha doze anos. Não havia acontecido nada, mas a menina ficara com medo de engravidar e se recriminara por essa ideia insuportável. Dados os seus desejos eróticos atuais, ela se convenceu de que devia ser uma criatura maléfica.

Começou a achar que as pessoas podiam notar sua aparência lasciva, e de novo lhe veio com força a ideia de que estaria grávida. Fazer confidências à tia não ajudou, na verdade a tia impacientou-se com a sobrinha, falando com ela por uma janela aberta. Nesse momento, a moça achou que tudo estava perdido. Começou a pensar que as pessoas da rua a olhavam e a ouvir comentários alusivos à gravidez. Embora soubesse que tal gravidez violaria todas as leis da natureza, perguntou a si mesma se não lhe teriam injetado sêmen enquanto ela dormia. As conversas no trabalho começaram a lhe fazer referência: “Ela é má”, “Que cadela”, ouviu dizerem.

Começou a temer que a polícia fosse a sua casa para prendê-la, junto com o tio. Os jornais pareciam conter alusões a seus pecados, cada dia fazendo mais revelações a seu respeito. “Depois de um tempo”, disse ela, “tudo parecia referir-se a mim, a ponto de eu não conseguir ouvir nada em conversa alguma, nem ler nada nos jornais, a não ser acusações contra mim.” O retorno ao antigo emprego e a sua cidade natal marcou uma melhora para essa moça, mas as coisas pioraram quando ela foi forçada a trabalhar em estreita proximidade com outras pessoas. Um dia, ao ver um tijolo com o número 1906 inscrito, ela entendeu isso como uma referência à data de seu enamoramento pelo rapaz. Deduziu de outros sinais que a polícia havia instalado uma máquina para ler seus pensamentos e, mais tarde, que os impulsos sexuais que sentia lhe eram impostos por outras pessoas.

Esse caso parece muito diferente do de Emma. O teor sexual das ideias não é recalcado, mas atribuído a terceiros. É como se o mundo inteiro soubesse alguma coisa a respeito dela e a censurasse por uma sexualidade perversa. Se o sintoma de não poder entrar sozinha em lojas era opaco para Emma, era transparente para Helene: ela evitava os locais públicos porque, neles, todos sabiam que estava grávida e que era uma mulher de moral baixa. Se Emma tivesse uma ideia

inconsciente de gravidez, ligada à agressão sexual, talvez desenvolvesse uma inchação na barriga ou uma dor nas costas, ou algum outro sintoma que associasse à gravidez. A ideia real da gravidez, entretanto, talvez não lhe entrasse na consciência, mas permanecesse recalcada. Na paciente psicótica de Kretschmer, ao contrário, a ideia de estar grávida ficava bem na superfície, cristalinamente clara.

COMO PODEMOS EXPLICAR essa diferença entre a neurose e a psicose? Freud acreditava que há um mecanismo de defesa muito mais forte na psicose, como se a ideia intragável fosse rechaçada da consciência com tanta força, que retornava de fora. Afinal, o recalcamento é apenas parcial: deixa em sua esteira sintomas que depois podem ser usados para rastrear o material recalcado. Mas, para Freud, a psicose envolvia um processo mais radical. As ideias ou experiências perturbadoras não eram apenas esquecidas nem tinham sua carga afetiva deslocada: eram totalmente abolidas. A pessoa agia como se elas não existissem, como se tivessem sido lançadas para fora da psique. Como disse Freud em 1894, "o eu rejeita completamente a ideia incompatível, juntamente com seu afeto, e se porta como se a ideia nunca lhe houvesse ocorrido. Entretanto, a partir do momento em que isso é feito com sucesso, o sujeito encontra-se na psicose."[3]

A chave, para Freud, não estava no teor da ideia perturbadora, mas no mecanismo de sua rejeição – na "*Verwerfung*", termo traduzido por Lacan como "foraclusão". Num dos exemplos de Freud, uma mulher desenvolveu ideias paranoides de que seus vizinhos vinham fazendo alusões a suas relações com um homem que se hospedara como inquilino em sua casa. Houvera, de fato, uma cena sexual com esse homem, que ela posteriormente negou, insistindo em vez disso na censura proveniente dos que a cercavam. Para Freud, ela se poupou da censura inicial de ser "uma mulher indigna",[4] imputando-a àquilo que lhe era externo: o que tinha sido uma crítica interna passou a ser ouvido como se viesse de fora. Enquanto ela teria tido que aceitar o julgamento vindo de dentro, agora podia rejeitá-lo por estar vindo de fora.

Há nesse processo algo de absoluto. De fato, as ideias rejeitadas pelas pessoas não podem realmente ser descritas como perturbadoras ou impalatáveis, já que isso implicaria algum tipo de cogitação. A ideia de Freud é que, na verdade, elas são impensáveis, como se nunca tivessem sido propriamente registradas na mente. Isso implicaria que a pessoa não pode se responsabilizar por elas: as ideias simplesmente retornam de fora para dentro, atribuídas a terceiros. Num caso descrito por Henri Flournoy,[5] uma mulher na casa dos sessenta anos

convenceu-se de que um certo Dr. C. vinha tramando algo contra ela. O médico mandava emissários seguirem-na e atuava sobre o corpo dela por meio de "choques nos sentidos", os quais ela experimentava quando ele se aproximava. Essas sensações físicas deviam-se à influência externa do médico, já que ele a havia "enfeitiçado". Na verdade, o médico havia tratado as varizes dela, um ano antes, e a paciente relatou ter sentido um "calor", como se houvesse "chamas a sua volta", "um calor que subia para a minha cabeça, como se alguém apertasse meu peito e minhas costas. Foi a primeira vez na vida que senti algo assim". Toda vez que o médico a visitava, ela experimentava essa sensação física, esse "choque": "Quando senti isso, achei que uma jovem poderia se apaixonar assim, de um minuto para outro." A partir desse momento, ela passou a ter a impressão de que o médico a seguia, observando-a, e teve também a ideia de que seu filho desconfiava de que ela era amante do médico.

As descrições do "calor" e das sensações físicas evocam claramente uma reação erótica, mas, não podendo assumi-las no plano subjetivo, a mulher as atribuía sistematicamente a algo externo a ela: as sensações eram resultantes do feitiço do médico, e não aspectos de sua própria sexualidade. O lapso de linguagem do neurótico e a alucinação do psicótico podem ser contrastados nesse ponto. Quando o neurótico comete um ato falho, sente-se envergonhado e responsável, pois reconhece que o lapso provém dele. Na alucinação psicótica, entretanto, o elemento perturbador vem de fora: não somos nós, é o Outro. Aquilo não vem de "dentro", mas de "fora": não éramos nós falando, apesar de nós mesmos, como no lapso de linguagem do neurótico, e sim o Outro, falando diretamente conosco.

Para Freud, há uma ideia que é projetada para fora, ou cindida de maneira radical e inflexível, de modo que a pessoa é totalmente incapaz de reconhecer que pode ser sua fonte. Há uma espécie de impossibilidade de assimilar a ideia rechaçada. Ou então a pessoa pode se reconhecer como a fonte, mas apenas postulando uma cisão de seu próprio eu: não sou eu, é um processo biológico estranho dentro de mim. Charles Melman descreveu o caso de um rapaz que tinha alucinações auditivas, ouvia vozes que comentavam seus pensamentos e suas ações, antes de efetivamente prevê-los e de prendê-lo num diálogo estranho.[6] As vozes, disse ele, falavam de maneira muito sofisticada, usando termos que ele sequer conhecia. Ele tinha de consultar o dicionário para descobrir o significado de palavras como "psicomotor", "existencial", "alucinose" e "massa cinzenta". Mas quem estava falando?, perguntou Melman. A resposta do rapaz foi categórica: "São meus neurônios. É o meu cérebro, sei que sou eu." Em seguida, perguntou: "O cérebro pode se dividir?" Mesmo

admitindo o seu eu como *locus* dos fenômenos que tinham invadido sua vida, estes continuaram a ser designados como externos, como provenientes de fora, sob a forma de um cérebro dividido.

O recalcamento atua sobre coisas que já foram simbolizadas e estruturadas, que já foram pensadas, mas esse mecanismo mais extremo da foraclusão não admite o primeiro estágio de integração. O elemento rejeitado nunca foi admitido no universo mental da pessoa, como se não houvesse possibilidade de simbolização. Ele é como uma significação inassimilável, algo que não pode ser pensado. Não tendo lugar no inconsciente, permanece como um ponto vazio nos processos de pensamento da pessoa, ou, em alguns casos, retorna de fora como uma alucinação, com o desapego de qualquer sentimento de que pertença ao sujeito. Assim, não é de admirar que a pessoa use qualquer conhecimento disponível para explicá-lo: neurônios cerebrais, ondas de rádio, uma máquina instalada pela polícia, e assim por diante.

Um exemplo clínico pode ilustrar esse processo. Certa mulher desenvolveu a ideia delirante de que estava sendo envenenada por um colega de trabalho. Ele se sentara a seu lado durante uma longa reunião, tossindo e espirrando, e, ao começar a se sentir mal, alguns dias depois, presumiu que o homem a havia contaminado de propósito. Agora, disse ela, “há uma coisa crescendo dentro de mim”, uma coisa que “foi colocada por ele”. Imaginou o vírus se expandindo de forma incontrolável dentro de seu corpo, e acabando por fazer sua barriga estourar. Em sua infância e adolescência, sua mãe nunca lhe dissera uma palavra sobre o aparelho reprodutor feminino: a menstruação simplesmente não existia, e era como se seu corpo não tivesse um interior sexual. A mãe chegava até a tirar os caroços das uvas, como que para negar que elas tivessem um interior capaz de reprodução. Impossibilitada de pensar na ideia da gravidez, ela a viu voltar sob forma delirante: um homem estava introduzindo nela um elemento tóxico, que cresceria em seu interior e sairia dela numa explosão.

Aqui, o processo psicótico pode consistir não só na rejeição de uma ideia, que depois retorna de fora, mas também numa transformação desta numa inflexão que torna a defesa ainda mais eficaz. No caso da mulher descrita por Flournoy, seus pensamentos delirantes iniciais mudaram de forma: em pouco tempo, a nora dela é que passou a ter sentimentos eróticos em relação ao médico, e suas próprias sensações físicas eram as que a nora experimentava quando ele se aproximava. Assim, o que claramente eram suas sensações eróticas perante o médico foi rechaçado e atribuído a ele, de início, e depois à nora, sem a atribuição de qualquer responsabilidade a ela própria. Em vez de reconhecer que queria segui-lo, ela se mostrava certa de que ele a estava seguindo. Seus

sentimentos não podiam ser assimilados, mas, em vez de serem recalcados, eram violentamente expulsos de sua cabeça, e retornavam sob forma delirante. A segunda forma do delírio distanciou ainda mais seu envolvimento: agora, ela nem sequer estava implicada, tratava-se apenas de sua nora, e era por saber a verdade sobre esta que ela vinha sendo seguida e espionada.

SE A EXPERIÊNCIA DA REALIDADE de um paciente pode se alterar de forma tão repentina e radical, temos que indagar como deve ser seu mundo, se pode ser tão totalmente transformado. Se Emma era capaz de simplesmente evitar parte de sua realidade não entrando sozinha em lojas, os pacientes de Kretschmer e Flournoy estavam convencidos de que o mundo falava deles, e de que os jornais e até os tijolos lhes mandavam mensagens. Que espécie de mundo podia passar por uma metamorfose tão assustadora e estranha?

À medida que a realidade se decompõe em certos momentos da psicose, encontramos pistas sobre o modo como ela foi inicialmente montada e construída. Os mexericos dos vizinhos, as alusões na rua, os comentários nos jornais, os neurônios falantes e os tijolos que transmitem mensagens, tudo isso mostra que o mundo começou a falar. Tudo na realidade dessas pessoas tornou-se um sinal que se comunica com elas, que lhes sussurra coisas, dirige-se a elas: se um dia a realidade foi silenciosa, agora não consegue parar de falar. E, para que a realidade possa fazê-lo, será que isso não sugere que, em parte, ela é feita de linguagem?

No que a psiquiatria chama de “automatismo mental”, a pessoa pode ter a impressão de que todo ato ou pensamento seu é comentado por uma voz interna ou externa, numa espécie de comentário contínuo sobre sua vida. “Agora ele entrou na loja, agora está comprando um jornal…” Às vezes, essa linguagem não tem conteúdo direto: a pessoa tem consciência de que lhe dirigem continuamente a palavra, mas não faz ideia do que é dito, exatamente. Existe apenas um murmúrio ou um sussurro interminável, que mais tarde pode ser interpretado como uma ameaça. Isso mostra a linguagem funcionando sozinha, como que separada de nossa experiência cotidiana do mundo. Ela começa a funcionar de maneira autônoma.

Em alguns casos, o domínio das palavras sobre a realidade se dissolve. Isso foi pungentemente descrito por Renée, a paciente adolescente de Marguerite Sechehaye que fora diagnosticada como esquizofrênica, mas que, após uma longa terapia, pôde deixar o hospital, seguir uma carreira de seu interesse e escrever um relato de suas experiências.[7] Esse texto admirável registra o modo

como o sentido se desfez para ela: “Meus olhos pousavam numa cadeira, depois numa mesa; elas também estavam vivas, afirmando sua presença. Eu tentava escapar de seu domínio, dizendo seus nomes. Dizia: ‘Cadeira, jarro, mesa, isso é uma cadeira.’ Mas a palavra tinha um eco vazio, privada de qualquer significado: havia deixado o objeto, estava separada dele, a tal ponto que, por um lado, era uma coisa viva e zombeteira e, por outro, um nome desprovido de sentido, um envoltório esvaziado de conteúdo. Eu também não conseguia juntar os dois, e ficava plantada ali diante deles, cheia de medo e impotência.” A linguagem da realidade se desarticula e nós nos vemos confrontados com a lacuna que separa o significante – as palavras de Renée – do objeto.

Esses exemplos mostram como a linguagem pode cindir-se de nosso controle consciente, ou literalmente se desarticular, como aconteceu com Renée. Eles sugerem que o que tendemos a presumir como realidade compõe-se, na verdade, de níveis diferentes: tijolos, jornais, mesas e cadeiras, tudo pode perder seu sentido corriqueiro e se tornar enigmático e ameaçador. Perder o sentido corriqueiro implica que o sentido não lhes é intrínseco: eles são o que chamamos de “significantes”, e podem desvincular-se de seus sentidos usuais, chamados “significados”. A realidade envolve uma soldagem entre significante e significado, para que não fiquemos perpetuamente indagando o que significam as coisas. Na psicose, entretanto, em alguns momentos, essas dimensões se separam, por razões que examinaremos mais adiante.

A linguagem não é tudo, é claro, e a psicose também esclarece um outro eixo de como nosso mundo se constrói. Existem casos em que as imagens visuais parecem ter vida própria e o sujeito vivencia uma dissociação completa entre sua imagem e ele mesmo. Uma esquizofrênica descreveu que, depois de seu casamento, mandou instalar um espelho na sala de jantar, e quando o fitava sentia que se tornara parte dele. Sua imagem, disse ela, fora aprisionada pelo metal da parte traseira do espelho.[8] Quando esse espelho foi retirado de sua casa, ela sentiu isso no corpo, como se o objeto a contivesse.

Pensemos nos desenhos animados, quando os personagens continuam a correr depois de ultrapassarem a borda de um penhasco, e também na macabra cena de quintal de fazenda em que uma galinha continua a andar depois de ter sido decapitada. É assim que alguns psicóticos descrevem sua vida cotidiana, como se eles já estivessem mortos, mas seu corpo simplesmente ainda não o houvesse percebido. Eles caminham e funcionam socialmente, mas se sentem a milhões de quilômetros de qualquer outra pessoa. A imagem de seu corpo foi separada de qualquer ideia de posse ou controle consciente. Esses exemplos mostram que nosso corpo precisa ser unificado e mantido junto numa imagem. Quando esse

processo é comprometido, a imagem se separa, como se a forma visual do nosso corpo não fosse realmente parte de nós.

O corpo em si também não é um dado. Uma paciente queixava-se repetidamente de não ter corpo, e tinha que apalpar o interior da boca com a língua o dia inteiro para se certificar de sua existência. Outro dizia que seu corpo estava em pedaços e que podia haver partes dele presas a outras pessoas. Essa desintegração do corpo é comum na psicose, como mostram as seguintes citações: “Minhas pernas não me pertencem, são de outra pessoa. Estão sendo movimentadas para eles verem se funcionam”; “Tenho a sensação de que vou me estilhaçar em milhares de pedaços a qualquer momento”; “Meu estômago foi substituído pelo de outra pessoa.” Na esquizofrenia, o sujeito pode ter a sensação de que seu corpo não lhe pertence, ou de que é de outra pessoa, ou de que suas sensações físicas pertencem a outra pessoa, como vimos no caso descrito por Flournoy.

O sujeito pode experimentar sensações bizarras e invasivas, não localizadas em nenhuma parte específica do corpo. Schreber observou que, enquanto a maioria das pessoas experimentava uma excitação localizada nos órgãos sexuais, para ele esta se espalhava pelo corpo todo, “do alto da minha cabeça até as solas dos pés”.[9] As sensações de excitação se intrometem no corpo e podem ser sentidas como prazer ou dor, ou uma mistura dos dois. Essas experiências comumente são contínuas, numa espécie de ataque ininterrupto: não há descanso nem pausa, nenhum espaço seguro em que a pessoa possa encontrar refúgio. Naturalmente, ela busca uma saída, um modo de dominar ou abrandar as sensações que a sitiam.

Lacan considerou que essas três dimensões – a linguagem, a imagem visual e o corpo – ligam-se para conferir à nossa vida uma sensação de estabilidade e, a rigor, para estabelecer nosso sentido básico da realidade. Quando elas se desarticulam, cada uma das dimensões pode transtornar e devastar a vida da pessoa. Lacan deu a esses registros os nomes de “simbólico”, “imaginário” e “real”. O simbólico é o mundo da linguagem e da lei, o imaginário é a imagem do corpo e o real é a vida libidinal do corpo, os estados de excitação mórbida e de excitação sexual que nos assaltam. Sendo assim, como eles se ligam? E que ligação tem isso com a própria psicose?

LACAN DESENVOLVEU inicialmente a ideia do imaginário na década de 1930, tomando como ponto de partida o material proveniente da psicologia e da etologia. Muitos animais passam por mudanças fisiológicas ao se confrontarem

com sua imagem especular, como se o reflexo surtisse um efeito direto em seu corpo. Assim como uma pomba, por exemplo, pode começar a ovular ao ver sua imagem num espelho, os bebês humanos passam por uma captura estranha e compulsiva em seu próprio reflexo, ou nas imagens de outras crianças. Os seres humanos, diferentemente da maioria dos outros animais, nascem prematuramente: o cérebro e o sistema nervoso ainda estão em desenvolvimento e o domínio das funções motoras leva vários anos para ser adquirido. O bebê recém-nascido é incapaz de cuidar de si, e necessariamente depende dos adultos para sobreviver. Mas, perguntou-se Lacan, como se dava o processo de domínio das funções motoras do corpo?

Psicólogos como Henri Wallon tinham notado um fascínio pela imagem especular numa certa fase da primeira infância, e isso fora ligado a um fenômeno conhecido como “transitivismo”: quando alguém bate na criança B, a criança A chora, mostrando que A se identificou com B. Uma criança coloca-se no lugar da outra. A ideia de Lacan foi que, na nossa situação infantil de falta de coordenação e desamparo, nós nos identificamos com imagens que parecem conter a promessa de inteireza e completude: vemo-nos como mais poderosos ou capazes do que somos em imagens visuais fora de nós mesmos. Tais imagens podem ser nosso próprio reflexo especular ou a imagem de outra criança. Os pais sabem que a criança aprende a andar mais depressa quando fica na companhia de uma criança mais velha que já saiba andar. Portanto, há uma diferença entre o esquema corporal – ainda incompleto – e a imagem corporal, que nos captura exatamente no lugar dessa incompletude.

Para Lacan, essa “identificação imaginária”, como ele a chamou, tinha um preço: quando ocupava o lugar de outra pessoa, passávamos a querer o que ela queria, estabelecendo uma função básica da inveja humana, especialmente no tocante à posse de objetos. Aí encontramos muitos dos fenômenos de inveja, competição e solidariedade que enchem os berçários. E, no nível mais fundamental, a identificação imaginária significa que, para termos uma ideia de nossa própria unidade, temos de encontrá-la primeiro fora de nós. Tomamos consciência de nós mesmos copiando os outros. Como já dissera o psicólogo James Baldwin, a constituição do eu humano é, simultaneamente, a constituição do *alter ego*. Ambos nos perdemos e nos encontramos na imagem especular.[10]

A ideia de um estádio do espelho sugeriu que havia uma discordância entre os registros de nossa experiência: o esquema corporal incompleto e a falsa unidade da imagem especular. De fato, René Zazzo, aluno de Wallon, havia notado que o interesse pelas superfícies refletoras parecia seguir-se a uma fase de inquietação e agitação do bebê.[11] Recorremos a um registro para solucionar problemas em

outro. Assim, nossa captação em imagens nos ajudaria e nos prejudicaria. Ela nos permitiria conquistar o domínio de nosso corpo, através da identificação com a imagem virtual fornecida por nosso reflexo, ou com a imagem do outro, mas também nos alienaria e daria uma forma agressiva a nossas relações com nossos semelhantes. A identificação com a imagem promete nos unificar, mas nunca chega a cumprir inteiramente a promessa, já que a própria coisa que nos dá a unidade também a retira. Apreendemos nossa unidade através de algo que não somos nós, que está fora de nós.

Permanecer nesse estado é quase impossível. Se nosso mundo se limita a nós e a nosso reflexo, ficamos presos numa batalha interminável, sem outra opção senão anular o outro ou a nós mesmos. Queremos o que o outro quer e ele quer o que queremos, criando uma tensão mortal. Como mostrou o trabalho etológico de Konrad Lorenz, quando não há um terceiro implicado, segue-se a destruição. Para citar um dos exemplos dele, no período do acasalamento dos esgana-gatas, não havendo um rival, não há mais ninguém contra quem voltar a tensão agressiva, e os dois peixes acabam se destruindo mutuamente. Quando há apenas dois atores, a expressão dos sentimentos conflitantes e ambivalentes equivale à destruição.

Basta pensarmos em todos os filmes de caubói em que o pistoleiro novato tenta desafiar o profissional tarimbado que encarna a imagem da integridade e da completude – a pessoa que ele quer ser. Depois de rejeitado, ele irrompe *saloon* adentro, mais tarde, decidido a entrar num duelo obviamente suicida. A famosa cena de *Sete homens e um destino* em que o jovem Horst Buchholz desafia Yul Brynner é um exemplo típico. Naquele momento de cegueira, alimentado pelo álcool, tudo o que existe são ele mesmo e seu rival, e a única coisa que pode acontecer é um deles ter que morrer. Esse é o imaginário puro, e é a razão pela qual é necessária uma mediação, uma intervenção externa que vá além desse espaço letal destrutivo em que só existem o sujeito e sua imagem especular, a imagem de completude a que ele aspira.

Afinal, uma imagem precisa ter um lugar. Quando as crianças contemplam sua imagem no espelho ou brincam com ela, muitas vezes isso se dá na presença da mãe. O adulto sanciona a imagem, ligando-a à criança através da fala e através de um olhar amoroso de aprovação. O reflexo da criança é investido da libido materna, por meio desses canais, e o detalhe dessas interações será decisivo para determinar como a criança será capaz de habitar sua imagem corporal. O adulto, pai ou mãe, talvez use o nome da criança, ensinando-a a ligar a palavra à imagem, bem como a fazer associações: “Você tem os olhos do seu avô, as orelhas da sua avó” etc. Essas palavras têm um poder decisivo e podem moldar

vidas inteiras, ainda que permaneçamos sem consciência de seus efeitos. Uma mulher para quem beijar tinha uma importância imensa, e que optara pela carreira de cantora, veio a se lembrar, com surpresa, que tudo o que sabia sobre seu nascimento era que sua emergência no mundo tinha sido saudada por três palavras de seu pai: “Que boca linda.”

As palavras nos situam no mundo simbólico, e as crianças compreendem muito cedo que não são apenas acidentes biológicos, mas têm um lugar na história da família. Elas procuram avidamente descobrir o sentido de sua vida: onde estavam antes de nascer, se foram esperadas, queridas, desejadas etc. Pensar em quem somos e de onde viemos é possibilitado graças às coordenadas simbólicas que nos situam no mundo. Elas nos permitem ir além do imaginário, já que nos dão um lugar que não é definido por nosso reflexo nem pela imagem de nossos semelhantes. Para tomar o exemplo do jovem pistoleiro apanhado num impasse, cara a cara com seu mestre, é somente quando um terceiro intervém, acalmando-o e, por fim, oferecendo-lhe um lugar como um dos “sete homens com um destino”, que a voragem do imaginário é superada. Ele deixa uma relação dual para se tornar membro de um conjunto simbólico, assumindo um manto que lhe concede um lugar numa estrutura. Nesse momento, passa a ser “um deles”: não mais sendo o duplo de Yul Brynner, torna-se parte do grupo. Isso mostra que o imaginário tem que ser estruturado, temperado por uma relação simbólica.

Sem isso, permanecemos num espaço letal e potencialmente homicida. Pensemos em Derrick Bird, o atirador da Cúmbria. Bird matou doze pessoas e feriu mais de vinte outras, num acesso homicida que chocou a Inglaterra no verão de 2010. Depois do tiroteio, todos buscaram um motivo, concentrando-se na pressão que ele parecia vir sofrendo por parte da Receita Federal e em sua suspeita de estar sendo tapeado pelo irmão gêmeo – que ele matou –, que lhe estaria roubando dinheiro da herança do pai falecido e do testamento da mãe de ambos. Embora seja imprudente oferecer aqui qualquer coisa além de um palpite, é difícil ignorar um detalhe pequeno, porém marcante: a certa altura, a família anunciou que os dois irmãos compartilhariam o mesmo funeral. Imagine como isso deve ter sido chocante, a ideia de sepultar juntos a vítima e o assassino. No entanto, a família teria dito: “Eles vieram juntos ao mundo e juntos sairão do mundo.”

Essa é a ilustração mais clara que podemos ter do imaginário, como se os gêmeos fossem apenas imagens especulares um do outro, e como se essa simetria pudesse suplantar as realidades de suas vidas e dos assassinatos. Dada essa equação, a assimetria surgida em torno da questão da herança e do

testamento faz mais sentido: como sinal de favorecimento de um irmão, a relação especular foi questionada. Eles deixaram de ser iguais. Assim, tudo o que restou foi, talvez, o espaço homicida entre os dois. O irmão gêmeo de Bird, com efeito, foi sua primeira vítima.

O SIMBÓLICO REFERE-SE AO DISCURSO preexistente numa família e ao sistema de leis que os antropólogos descobriram em seus estudos sobre o parentesco e a organização social. O simbólico é aquilo que nos dá um lugar no mundo, estabelecendo coordenadas e limites, e é transmitido primordialmente através da fala. Apesar de comumente equiparado à linguagem, ele é, na verdade, muito mais do que isso: é não só a linguagem, porém a linguagem somada à lei. Essa lei é, antes de mais nada, a proibição do incesto,[12] entendida não simplesmente como o limite internalizado que separa a mãe e o filho, o filho e a mãe, mas também como o sistema de renúncias recíprocas que organiza cada sociedade. Na formulação de Lévi-Strauss,[13] isso aniquilava qualquer monopólio das mulheres no grupo familiar: o fato de um homem abrir mão de sua irmã e sua filha significava que elas podiam entrar em circulação, dando a outros a chance de desposá-las, presumindo-se que a mesma lei fosse obedecida pelos demais homens dessa sociedade. As regras do casamento e da herança eram sumamente estruturadas, regulando o âmbito do comportamento humano, determinando os casamentos que podiam e não podiam ocorrer e o modo como a família e o grupo social eram reorganizados por essas mudanças. Tal como a gramática de uma língua, essas regras, de modo geral, não estavam escritas em parte alguma, pelo menos não antes de serem objeto de um estudo científico. As pessoas obedeciam a essas leis sem conhecimento consciente, o que sugere que o simbólico era um conjunto de sistemas que regia as relações humanas, mas estava, em geral, fora da consciência.

Os elementos da ordem simbólica não são isolados, mas dependem uns dos outros. Os antropólogos estudaram os modos pelos quais comportamentos ou traços que pareciam singulares assumiam seu significado em termos do contexto global em que ocorriam. Fingir que se é um animal, por exemplo, pode ter um significado diferente no contexto de uma caçada, de uma cerimônia ritual ou de um encantamento mágico. Em si mesma, a mímica animal não tem um significado fixo e imutável, mas é um elemento de uma estrutura: o todo organiza e confere sentido às partes. O que parece ser uma mesma conduta pode ter origens diferentes, significados sociais diferentes e, por conseguinte, relações diferentes com outros comportamentos. Inversamente, dois comportamentos

diferentes podem, em princípio, ter funções idênticas, em contextos culturais diferentes.

Os antropólogos também mostraram que os elementos do mundo natural são sempre captados em sistemas simbólicos complexos. Os animais, as cores, os planetas e as plantas, tudo tem significados diferentes em culturas e contextos diferentes: o sol pode ser um monstro cruel para um grupo social e um protetor benevolente para outro, assim como a cor preta pode ser associada ao luto numa cultura – ou até em gerações separadas da mesma cultura – e associada à alegria em outra. Essas ideias da antropologia encontraram eco no trabalho do linguista Ferdinand de Saussure, que viu a própria linguagem como um sistema de elementos diferenciais cujo sentido dependia das relações recíprocas entre eles. As palavras não têm nenhum significado intrínseco, mas possuem significados em virtude de seu lugar numa rede, assim como o trem das dez horas pode ter vagões diferentes a cada dia, mas continua a ser o trem das dez, porque é diferente dos trens das nove e das onze horas. Cada elemento do simbólico adquire valor em suas relações com outras partes, e o sistema funciona graças a sua introdução de divisões e contrastes entre os elementos.

Essas ideias foram decepcionantes para a primeira geração de antropólogos, que queria acreditar que as sociedades “primitivas” viviam em harmonia com a natureza, numa espécie de continuidade com seu hábitat. O estudo dos complexos sistemas simbólicos que compunham o mundo dessas sociedades mostrou o trabalho da linguagem na organização da realidade, e também mostrou que a linguagem introduzia uma certa negatividade, construindo nossos mundos e, ao mesmo tempo, criando uma distância deles. Afinal, um sistema de divisões e contrastes requer o que Lévi-Strauss chamou de “empobrecimento” da realidade empírica, no sentido de a realidade ser decomposta em unidades e conjuntos de unidades passíveis de serem concebidos como distintos. Era possível construir sistemas complexos a partir do contraste inicial de dois elementos – como em “vermelho-verde” ou “preto-branco” –, instâncias da matriz simbólica elementar de +/−. Introduzimos descontinuidades no mundo, onde tais contrastes não necessariamente existem, e, por meio desse processo, nossa realidade adquire sentido e se diferencia. Alto/baixo, terra/céu ou urso/águia, tudo isso pode ser visto como parte de um código, em culturas diferentes, para transmitir uma mensagem idêntica. Pedindo desculpas pela banalidade da imagem, Lévi-Strauss compara esse código ao utensílio de cozinha usado para fatiar batatas: uma grade preconcebida que pode ser aplicada a todas as situações empíricas, de tal modo que todos os elementos resultantes preservem certas propriedades gerais.

Uma característica definidora da ordem simbólica é essa negatividade que ela introduz, a distância do suposto imediatismo da experiência. Entrar no simbólico significa aceitar as regras e convenções da sociedade, junto com as proibições e os limites necessários para que ela funcione, os quais surtem efeitos no próprio corpo. Freud chamou de "libido" a energia sexual do corpo, e parte do crescimento envolve a canalização e a reestruturação da excitação corporal. Dizem-nos o que comer e quando comer; quando defecar e urinar e quando não fazê-lo; quando podemos e não podemos olhar ou escutar; dizem-nos que temos de usar roupas para cobrir o corpo, que não podemos nos acariciar diante de outras pessoas, e assim por diante. A razão de os pais ficarem sempre tão exaustos é que eles estão constantemente impondo limites à libido dos filhos, transmitindo os "nãos" simbólicos que permitirão que seus filhos se transformem propriamente em seres sociais. O simbólico cerceia o corpo, retirando a libido.

Quanto mais o corpo é esvaziado dessa maneira, mais o mundo se torna um lugar em que é possível viver. As crianças passam a se interessar pelo meio que as cerca, equiparando os elementos dele a funções corporais: uma torneira que pinga pode ser fascinante para uma criança por evocar o pênis, um buraco na parede pode ser cativante por se assemelhar a uma boca. O interesse pelo mundo também pode significar pavor, se as equações feitas pela criança não se expandirem progressivamente e não forem simbolizadas: sem isso, o mundo seria apenas um imenso corpo, e o buraco na parede ameaçaria engolir a criança. À medida que o simbólico exerce seu trabalho, os elementos da realidade transformam-se em sistemas de sinais cujo valor depende das outras partes do sistema, e não de equações corporais. Quando há um excesso de presença do corpo, não podemos entrar num espaço social compartilhado. A realidade, quando o simbólico atua, torna-se uma experiência extracorporal.

Quando ele não funciona, o mundo e o corpo permanecem num *continuum*. Como disse Renée, "quando eu urinava e estava chovendo torrencialmente do lado de fora, não sabia direito se era ou não era minha própria urina que estava molhando o mundo, e era tomada pelo medo".[14] Num outro caso, uma paciente achou que, quando outros empregados de seu escritório diziam "água", estavam se referindo a ela. Havia no escritório um bebedouro em que era preciso bater para que a água fluísse. Quando as pessoas batiam no bebedouro, a mulher achava que estavam batendo nela. Por quê? Segundo ela explicou: "Eu nunca ando, só corro, feito água, e mereço que me batam."

ATRAVÉS DA LINGUAGEM, o simbólico entra no real de nosso corpo e o organiza

para nós. Inscreve a lei dentro de nós, proporcionando um princípio de mediação. Lacan achava que a ordem simbólica continha um representante privilegiado desse princípio, que ele chamou de “Nome-do-Pai”. Os antropólogos do início do século XX mostraram-se perplexos, em algumas ocasiões, ao ver que os “primitivos” atribuíam a gravidez ao encontro de uma mulher com um espírito em alguma pedra ou fonte sagradas e não às realidades do coito. Se eles vinham praticando o sexo e tendo bebês fazia séculos, indagaram os estudiosos, como era possível que não houvessem notado a ligação? No entanto, essa falta “primitiva” de compreensão revela, na realidade, para Lacan, a verdadeira estrutura da paternidade: o fato de haver uma diferença entre o progenitor real e a função simbólica da paternidade que tem de estruturar a reprodução. O espírito e o local sagrado fazem parte do contexto simbólico da reprodução, necessário para simbolizá-la, para torná-la parte do mundo dessa pessoa. Sem esse contexto, é quase impossível um ser humano compreender que está na origem de um processo biológico.

Sempre que um homem e uma mulher têm filhos, faz-se presente um terceiro termo, seja sob a forma do espírito, do espaço sagrado ou do ritual, seja sob a do discurso médico e social que organiza e dá sentido ao processo reprodutivo. Quando lemos mitos e lendas nos quais uma mulher dá à luz, digamos, depois que um peixe mágico nada para o interior de sua boca, e sem interpretar isso como uma forma tosca de simbolismo, podemos entendê-lo como um apelo a uma rede de representações míticas além dos personagens de carne e osso. O peixe mágico que entra na boca constitui menos um símbolo disfarçado de um pênis penetrando uma vagina, como bem poderia acontecer num sonho, do que a evocação de uma ordem para além da mãe e do pai, que é necessária para sancionar e dar sentido ao ato da reprodução. Essa textura dos mitos, histórias e significados nos permite situar as mudanças que ocorrem, tanto no nível do corpo biológico quanto no das relações sociais.

Lacan interessou-se em particular pelo lugar do pai nessa configuração – não o progenitor real de carne e osso, mas o lugar simbólico a que se recorre em momentos como os da gravidez e da função parental. Ele chamou atenção para a natureza mais abstrata da paternidade, em contraste com a certeza da maternidade. O antigo provérbio “*pater semper incertus est*”, “o pai é sempre incerto”, destacava que a paternidade exigia um reconhecimento menos biológico do que simbólico. O fato de muitas culturas reconhecerem que o pai legal pode não ter gerado seus filhos ecoa essa função não biológica artificial. Esse lugar simbólico, a rigor, seria frequentemente ocupado por uma figura não humana, por qualquer um ou qualquer coisa que fosse heterogênea aos seres

biológicos envolvidos, representada em mitos e no folclore por divindades ou seres sobrenaturais.

O estudo das fobias infantis foi significativo nesse ponto, e permitiu a Lacan desenvolver suas ideias sobre o lugar da função paterna. As fobias tendem a se enquadrar em dois grupos: medos transitórios, que passam rapidamente, e processos permanentes que envolvem a criação e a construção, como no caso do Pequeno Hans, discutido por Freud. Hans tinha três anos e meio quando teve início sua fobia aos cavalos, e esta passou por um número considerável de transformações. Começando por um elemento isolado – o cavalo –, ele criou uma gramática que incluía todas as facetas de sua vida cotidiana. O cavalo podia morder ou não morder, cair ou permanecer de pé, estar ou não atrelado a carruagens, e assim por diante. Hans estava criando um sistema para reordenar seu mundo, criando proibições quanto ao que podia ou não podia fazer, onde podia ou não podia ir, através do objeto fobígeno – o cavalo – que usava como seu instrumento. Quando a fobia cedeu, ele estava muito menos angustiado.

Ora, de onde veio essa fobia? Hans teve duas grandes surpresas nessa fase de sua vida. Sentiu suas primeiras ereções e houve o nascimento de uma irmãzinha. Que sentido ele poderia dar a essas intromissões inesperadas e traumáticas em seu mundo? Elas surtiram um efeito poderoso nas relações de sedução que ele mantinha com a mãe. Agora, o filhinho adorável e gratificante da mamãe tinha um pênis, que ela não levava realmente muito a sério e do qual zombava ternamente. E com a nova irmã as atenções dela já não ficavam tão centradas no filho. Esses acontecimentos significaram que Hans teve de reavaliar suas relações com a mãe e encontrar um novo lugar para si. Para isso, precisava da ajuda do pai, mas o pai não foi muito eficaz e se mostrou incapaz de exercer grande influência sobre a mulher. Na verdade, eles viriam a se divorciar, não muito depois da resolução da fobia.

Sendo assim, qual foi a função do sintoma de Hans? Para Lacan, esse foi um modo de apelar para a função simbólica do pai, ali onde o pai real o havia decepcionado.[15] Foi o cavalo, e não o pai, que se tornou a figura mítica, assustadora e poderosa que viria literalmente reordenar seu mundo. A fobia foi um processo propriamente criativo, que podemos acompanhar dia a dia no relato publicado por Freud. Ela mostrou Hans recorrendo ativamente ao Nome-do-Pai, buscando acesso à função paterna, para se deslocar pelo envolvimento edipiano com a mãe e situar as novas e perturbadoras mudanças corporais presentes em suas ereções. O resultado desse processo viria a ser uma nova configuração simbólica, um novo lugar para ele no mundo.

Esse apelo a um elemento heterogêneo externo é lindamente ilustrado no livro

de memórias de Marcel Pagnol, intitulado *A glória de meu pai*.[16] O jovem Marcel é um grande admirador do pai, um professor de escola primária, mas, quando sua tia Rose começa a se relacionar com Jules, um cavalheiro mais rico e mais refinado, a imagem paterna sofre. As duas famílias alugam uma casa de veraneio e os homens vão caçar. Enquanto o pai de Marcel nunca matou uma ave ou animal selvagem sequer, Jules é perito nisso. Sua arma é magnífica, ao passo que a do pai de Marcel é antiquada e realmente absurda. Ao observar a preparação das duas espingardas, Marcel sente-se humilhado e tomado por um estranho mal-estar, uma insatisfação cuja causa não compreende. Quando se apercebe do que está acontecendo, o problema continua a existir: seu pai, o grande professor, tornou-se agora um menino de escola, instruído pelo tio Jules, o especialista. Pela primeira vez, diz Marcel, ele duvida da "onipotência" do pai.

Quando os dois homens continuam a caçar, o campo de seus troféus se divide claramente em duas partes: os animais que eles podem caçar e caçam, como a perdiz, o coelho ou a lebre comuns, e um animal especial que se distingue de todos os outros: a perdiz-das-rochas. Esta é o prêmio supremo do caçador, mas seu valor é equiparável a sua raridade. Ao auxiliar os adultos em sua caçada, Marcel faz o melhor que pode para restaurar a imagem danificada do pai: em certo momento, mostra algumas penas, para sugerir que o pai atingiu uma ave. Proibido de acompanhá-los, ele os segue em segredo, desolado com o desempenho precário do pai, até que, de repente, este tem um golpe de sorte. Acerta não uma – o que já teria sido milagre suficiente –, mas duas perdizes-das-rochas, uma das quais cai na cabeça de Marcel. Enquanto Jules repreende equivocadamente o pai do menino por ter deixado escaparem as aves raras, Marcel emerge das moitas, carregando os troféus.

Na volta à cidade, os moradores locais ficam perplexos com esse feito inédito, e o pai é fotografado com as aves mortas. Mais tarde, ele envia uma cópia da fotografia a seu próprio pai, com isso conferindo às perdizes-das-rochas um valor no elo entre as gerações. Agora, Marcel sente um novo amor pelo pai. Essa história destaca as diferenças que há nos registros da paternidade. O pai é idealizado até a chegada do tio Jules, cuja espingarda é melhor. O pai é progressivamente humilhado até o episódio da caçada, no qual fica com os louros, sob a forma das perdizes-das-rochas. Elas funcionam como um brasão que não apenas fixa a identidade transgeracional – a foto enviada ao avô –, mas também confere status a seu portador. Afinal, as aves têm um valor especial desde o início da narrativa, distinguindo-se dos outros animais como um prêmio mítico: são mais símbolos do que pássaros reais. Os elementos simbólicos coroam o filho e o pai, favorecendo a imagem enfraquecida deste último.

Poderíamos pensar aqui nos inúmeros filmes e seriados de televisão em que a verdadeira salvação de uma família assume a forma de um animal (Lassie) ou até de um extraterrestre (E.T.). A missão de resgate é desempenhada não pelo pai real, mas por um protagonista não humano, como que para enfatizar a disparidade entre o progenitor biológico e a função simbólica da paternidade. Foi essa textura simbólica do pai que fez Lacan usar a expressão "Nome-do-Pai", como se a força necessária para introduzir a ordem nas relações humanas estivesse além da carne e do osso, situando-se antes no registro dos símbolos.

Podemos ver uma estagnação desse processo no caso de Joey, um menino de nove anos que viria a passar vários anos na Escola Ortogenética Sonia Shankman, na Universidade de Chicago, que é um centro para crianças com transtornos. Foi ali que ele conheceu Bruno Bettelheim, que publicou um relato notável do trabalho conjunto dos dois em seu livro *A fortaleza vazia*.[17] Ao ser inicialmente tratado numa escola maternal especial, aos quatro anos de idade, Joey não prestava atenção a ninguém à sua volta, mas corria de um lado para outro, girando os braços como uma hélice. Ao descobrir um ventilador elétrico, não houve mais nada que conseguisse distraí-lo, e ao ser separado do aparelho recomeçava a correr de um lado para outro, agitando os braços e fazendo um ruído semelhante a um ventilador ou à hélice de um avião. Imitava esses sons com precisão quase mecânica, e outros objetos, como pás, bastões ou colheres, só se tornavam interessantes para ele quando podiam ser usados como hélices.

Qual era a fonte desse estranho fascínio? Descobriu-se que seu interesse pelos ventiladores fora inicialmente despertado num aeroporto, onde ele se encontrava com o pai quando este partia ou voltava de seus compromissos. Além disso, havia o fato de que a mãe fora apaixonada por um homem que tinha morrido num combate aéreo, pouco antes de ela se casar com o pai de Joey. Bettelheim reconheceu que era essa ligação com o pai que conferia um valor tão exclusivo às hélices, mas observou que, "apesar da ligação direta das hélices e do aeroporto com o pai, não podemos crer que tenha sido o pai, como pessoa, que causou a obsessão de Joey". Sua intuição foi precisa: não é o pai como pessoa, e sim como função, que tem importância aqui, só que o recurso a essa dimensão simbólica não funciona para Joey.

Em contraste com o cavalo de Hans, as hélices de Joey não viriam a mediar e reorganizar seu mundo. Eram menos um instrumento usado por ele do que um elemento que, ao contrário, o dominava. Apesar de claramente ligadas a algum termo que ficava além da mãe, indicando o pai ou talvez o homem amado e perdido, elas não produziam um movimento psicológico ou dialético, e sim uma estagnação, como se Joey ficasse preso ao momento em que uma simbolização

poderia ter se iniciado, mas não se iniciou. As hélices não eram um símbolo que ele pudesse usar, mas o cristalizavam, na verdade, numa repetição isolada. Em vez de abrir sua realidade, elas a contraíam.

MUITAS VEZES, é através do pai real que a função do pai simbólico é transmitida. Os pais ficam curiosos quando, num dado momento, o filho eleva o pai à condição de uma espécie de herói. Por mais ineficaz ou fraco que ele seja na realidade, de repente torna-se um campeão, capaz dos mais incríveis feitos de bravura e talento. Que lógica haveria por trás dessa transformação? Quando a criança enfrenta o problema de se separar da mãe – o qual inclui em si o problema de a mãe se separar do filho –, que estratégia pode ser melhor do que supor que a própria mãe é impotente e está submetida a outra figura mais poderosa? Essencialmente, a criança constrói uma ficção para mostrar que a mãe não detém o poder absoluto, mas é carente, ela própria, e está sujeita à lei paterna.

Nesse processo, a criança apela para o pai simbólico, através da transformação do pai real numa figura imaginária de poder. O mito e o folclore articulam frequentemente esse esforço de transformação da imagem da mãe através de um apelo ao pai. Um monstro imenso revela-se controlado por um anão minúsculo, ou o Mágico de Oz revela-se controlado por uma figura humilde e covarde. Essas ficções mostram que uma presença aparentemente onipotente está sujeita, na verdade, a uma lei – é mais marionete do que marionetista –, exatamente como o status da mãe como ser onipotente é questionado ou desafiado pela ideia de que ela mesma está sujeita a uma lei que a ultrapassa. Esse é, com certeza, um dos atrativos das matrioskas que tanto fascinam crianças e adultos. Essa representação claramente materna de uma figura que envolve outra mostra, por sua própria estrutura, que a figura envolvente é sempre envolvida, ela própria, e podemos especular que uma boneca russa que tivesse apenas uma figura central e uma cápsula para servir de continente seria muito menos intrigante. O importante é que a segunda figura continente é contida, ela mesma, exatamente como a criança precisa encontrar um modo de mostrar que a própria mãe está sujeita a uma força que a ultrapassa. Caso contrário, a criança fica inteiramente à mercê do poder dela.

Esse processo de enfraquecimento do poder materno foi o modo como Lacan reformulou a teoria freudiana do complexo de Édipo. Para Freud, o primeiro objeto sexual do menino e da menina é a mãe. As demandas de proximidade física e amor de ambos são dirigidas a ela. O pai, para o menino, é visto como

um rival pelo amor materno, e quando o filho reconhece a diferença entre os sexos desponta nele a possibilidade de vir a perder seu pênis, e por isso ele recua: desiste de suas demandas sobre a mãe, em função da ameaça de castração, a qual atribui ao pai. Seu desejo pela mãe torna-se então inconsciente e, num momento posterior da vida, é possível que ele procure mulheres que a evoquem de alguma forma.

Para a menina, a diferença sexual também é decisiva nessa etapa inicial da infância. Ela censura a mãe por não dotá-la de um pênis, e assim volta-se para o pai, não como um rival, mas como um salvador. Ele poderá dar-lhe um pênis, não como órgão anatômico, mas sob a forma de um filho. Assim, enquanto o amor edipiano pela mãe é bloqueado no menino pela ideia de castração, o amor da menina pelo pai é estabelecido por essa ideia.

A teoria de Freud é mais complexa do que esse resumo, mas ele nos dá uma ideia básica da jornada edipiana para a criança. A versão de Lacan é muito diferente.[18] Ele vê a relação inicial com a mãe como problemática e tensa. A proximidade dela pode ser valorizada, mas também é fonte de angústia. Ela tem o poder de distribuir amor e atenções a seu critério. Isso lhe confere uma verdadeira dominação, que encontra eco em sua oferta do alimento. Como provedora do alimento, ela não é simplesmente aquela que dá, mas aquela que é vivida como *decidindo* dar. Em certo sentido, tudo depende dela: ela pode dar ou reter o leite, o que confere ao alimento seu papel de sinal de amor materno.

Antecipando as reações dela, pode-se estabelecer entre mãe e filho uma confiança básica, que envolve o recalque da própria ideia de que os atos dela dependem de sua vontade. Trata-se de uma confiança na ordem simbólica como tal, uma base fundamental que subordina a relação mãe-filho à lei simbólica de que nos importamos com nossa prole. Todavia, em alguns casos, essa confiança básica não fica registrada. A ordem simbólica vem sem garantias. Em suas memórias sobre a esquizofrenia, Renée lembrou que sua mãe costumava dizer: “Tenho um poder absoluto sobre você; se quisesse, eu poderia matá-la”; “Sei tudo que você está pensando; é meu direito saber até o que você sonha. E à noite, em seu quarto, sei se você está se mexendo na cama; o seu corpo, a sua mente e a sua alma são meus.”

Essa hipoteca sobre o filho evidencia-se num outro exemplo, descrito pelo psicanalista norte-americano Harold Searles, no qual uma mulher dormia no porão da casa da família, tendo amarradas aos pulsos cordas que subiam até o pulso de sua mãe, que dormia no andar de cima, para que a filha pudesse responder imediatamente às necessidades maternas. Embora esses exemplos possam parecer extremados, eles destacam aspectos da situação psicológica de

muitas crianças. Como veremos mais adiante, é difícil não ligar a experiência de coisas que ficam “a critério” de outra pessoa ao tipo de pensamento que encontramos na psicose, no qual as coisas acontecem *por causa* da vontade de outra pessoa. O avião voa no céu, ou o vento sopra, em função de alguma trama ou conspiração, como se a situação básica ligada à pessoa cuidadora se generalizasse para toda a realidade do sujeito. Não há mediação para mostrar que a própria mãe está sujeita a leis e restrições.

Naturalmente, a criança deseja encontrar um espaço seguro para existir, nesse clima de dependência e relativo desamparo, e questiona seu próprio lugar em relação ao da mãe. Qual é o seu valor para ela? Por que a mãe está presente num momento e ausente em outro? O que ela quer? Lacan viu o complexo de Édipo como um modo de responder a essas perguntas, criando uma ordem numa situação inicial fundida com o amor e com o pavor. Passam então a existir três fases no processo edipiano. Em primeiro lugar, a criança reconhece que a mãe está interessada em algo que não está nem nela mesma nem no filho: seu desejo se dirige para algo além do bebê. Isso pressupõe um registro das ausências da mãe, que indicam que ela não é saturada pelo filho e, portanto, pode se afastar dele.

Poder formular a questão das idas e vindas maternas envolve a simbolização básica do comportamento da mãe, a capacidade de pensar em suas ausências e a percepção dela como alguém que doa ou retém a afeição. Lacan chama esse enigma inicial de “desejo” da mãe, e para a criança, a tarefa central é interpretativa. Onde Lacan se referiu a desejo, o antropólogo e cientista social Gregory Bateson falou de “sinais de humor” maternos, cunhando essa expressão para mostrar que a presença da mãe exige ser decodificada. Muitas vezes, esse processo é acompanhado por brincadeiras em que um objeto é agarrado e depois jogado longe, junto com verbalizações que opõem sons distintos para cada um desses estados: no famoso exemplo de Freud, seu neto puxava para si um carretel de linha de algodão, dizendo *da* (“aqui”) e depois o jogava longe, dizendo *fort* (“sumiu”).

Esse não é um processo automático, como vemos pelos casos em que a criança é incapaz de fazer perguntas sobre as ausências da mãe. O desaparecimento dela pode ser vivenciado como um buraco insuportável, ou como uma traição ou abandono que não admite explicações. Mas, quando essa primeira simbolização efetivamente ocorre, a criança busca uma resposta para a questão do desejo da mãe. As ausências dela mostram que existe algo que a atrai para longe. E isso significa que ela não é onipotente, que lhe falta algo: caso contrário, por que ela se sentiria tão atraída?

Numa segunda fase, a criança pode tentar explorar esse “além”, testando-o em jogos de sedução e prestígio. Nesse caso, torna-se uma espécie de pequeno amante, tentando “ser” alguma coisa para a mãe, satisfazê-la e completá-la. Assim como na fase do espelho há um movimento em direção a uma falsa imagem de inteireza, esses novos esforços seguem o mesmo molde imaginário: a criança almeja tornar-se uma imagem que ela não é. Numa terceira etapa, há o reconhecimento do fato de que isso está fadado ao fracasso. O filho compreende então que o ímã para além da mãe não pode ser ele, mas está ligado de algum modo ao pai.

É frequente as crianças protestarem contra essa ligação, fazendo o melhor que podem para separar os pais, mas, para além do drama e da turbulência de sua ambição frustrada, existe a questão básica de quais outros caminhos estão abertos para elas. A criança deve permanecer no mundo da mãe ou escolher outra direção? Aqui, a função do pai não significa apenas, para a criança, que ela não é o único objeto da mãe, mas afeta igualmente a mãe, situando um limite para suas propensões a se apegar ao filho. Estabelece uma barreira tanto entre o filho e a mãe quanto entre a mãe e o filho, uma negação ativa do desejo materno de reintegrar sua prole.

Nesse ponto, o menino e a menina precisam aprender a abrir mão de seus esforços de seduzi-la, de ser o objeto do desejo dela, e reorganizar seu mundo em torno de certas insígnias do pai com que eles se identificam. Estas proporcionam uma nova bússola, uma saída, por assim dizer, de uma situação malfadada. Em termos analíticos, a criança precisa renunciar à tentativa de *ser* o falo da mãe – no nível imaginário – e aceitar *tê-lo* ou *recebê-lo* no nível simbólico: para o menino, como promessa de virilidade futura, para a menina, como esperança da futura maternidade, tendo o bebê inconscientemente equiparado ao falo.

No menino e na menina, isso transforma a relação com a mãe, porque estabelece um horizonte para ela, ao qual os atos maternos passam a ficar vinculados. Primeiro, a criança registra que a mãe não é onipotente, mas lhe falta algo, e segundo, essa falta recebe um nome. Nesse ponto, a função do pai é dar sentido às coisas: permite uma interpretação do desejo da mãe. Organiza as ideias a respeito dela num conjunto construído em torno do pai e, especificamente, do falo. O falo, aqui, não é o pênis real, mas uma significação, um indicador do que falta, um índice da impossibilidade de completude ou realização. Como tal, ele não tem imagem visual, não pode ser captado nem claramente definido. Se significa potência ou plenitude, no primeiro momento do processo edipiano, passa agora a assumir um valor mais fundamental de perda,

daquilo que não podemos ser e não podemos ter no presente. Sempre fora do alcance, ele é um modo de simbolizar a incompletude, e, dessa maneira, introduz na vida da criança uma tristeza, mas também uma ordem, uma estrutura simbólica que lhe permitirá ultrapassar progressivamente o mundo materno.

As experiências de excitação física e mental da criança são transformadas, através dessa estrutura, em desejo, que implica um sinal de subtração e não de soma: a mãe fica perdida para sempre. Agora a libido é canalizada para fora do corpo, em direção aos elementos do mundo circundante que nos lembram inconscientemente da mãe. Uma vez que ela é proibida, as evocações posteriores de uma pessoa ou objeto inacessíveis ou proibidos despertam nosso interesse. Assim, a mãe é esvaziada: torna-se menos uma presença física real do que o polo do desejo inconsciente. As lembranças erotizadas dela sucumbem ao recalcamento. É o que podemos ver no modo como, vez por outra, as crianças dizem “eu quero a mamãe”, mesmo depois de serem envolvidas pelos braços dela. A palavra “mamãe” refere-se a algo que está fora do alcance, algo que agora se encontra além da criatura de carne e osso diante da criança. Isso se reflete também no fato de que a escolha mais comum de senhas de computadores ou bancos é o nome ou o telefone da mãe, como se a coisa mais secreta da vida ainda fosse ela.

Lacan dá a esse processo o nome de “metáfora paterna”: o pai substitui a aspiração a completar a mãe, assumindo o lugar dela como ponto de fuga do desejo inconsciente. O pai, como vimos, não é apenas uma figura empírica real, mas uma função, um terceiro presente no mundo simbólico da criança. Essa substituição é evocada na própria expressão “Nome-do-Pai”, uma vez que a transposição do sobrenome paterno para um filho significa que ele substitui o sobrenome da mãe. Lacan viria a modificar suas ideias ao longo do tempo, afirmando que a função simbólica que a criança invoca não está necessariamente ligada à paternidade.[19] O pai seria simplesmente um exemplo de muitas coisas capazes de contribuir, todas elas, para proporcionar o princípio mediador ao mundo da criança, um terceiro termo capaz de temperar as relações com a mãe. Qualquer coisa pode figurar como Nome-do-Pai, desde que funcione no sentido de introduzir limites e de vincular os registros do simbólico, do imaginário e do real. Pode ser um esforço profissional, um estilo de vida, uma atividade: o importante não seria o que isso é, mas o que faz.

O Nome-do-Pai também não é um ponto singular, mas um processo. Não pode ser reduzido a nenhum elemento tangível, mas é transmitido por meio de relações familiares complexas. O importante, para a criança, seria a disponibilidade do que um de meus pacientes chamou de “rebites” – pontos

fortes na rede simbólica circundante aos quais ela possa recorrer. Isso pode assumir a forma de familiares, coadjuvantes ou mitos sobre momentos da história familiar. Muitos anos atrás, um grupo de pacientes, num hospital francês, perguntou a seu psiquiatra se ele poderia providenciar um implante cirúrgico do Nome-do-Pai, depois de ouvir dizer que este não existia na psicose. Ver o Nome-do-Pai como um elemento único e isolado, como a peça que falta num quebra-cabeça, pode ser, por si só, um delírio.

ESSA DESCRIÇÃO do complexo de Édipo talvez pareça muito idealizada. Na família moderna, poderiam objetar, ou o pai está totalmente ausente, ou está presente quando a mãe está ausente, de modo que os desaparecimentos dela dificilmente poderiam ser correlacionados com seu desejo de estar com ele. Por ver os filhos tão raramente, é mais provável que o pai seja um companheiro de brincadeiras do que uma figura de autoridade. Essas críticas são interessantes e lançam luz sobre mudanças na estrutura familiar, mas perdem de vista a dimensão do complexo de Édipo menos como reflexo das relações reais de poder numa família do que como uma construção, uma ficção produzida pela criança para introduzir ordem em seu mundo. Se o foco na significação do falo como chave do desejo da mãe afigura-se cômico, bem, ele o é: é por isso que a vida pós-edipiana parece uma comédia, como vemos claramente nos filmes da série *Carry On*.

Essa série de filmes ingleses, que um dia foi interminável, punha o mesmo elenco numa variedade de situações diferentes: havia *Carry on Nurse*, *Carry on Doctor*, *Carry on Camping*, *Carry on up the Khyber*, *Carry on Constable* e, a rigor, todos os aspectos da vida eram abordados, desde a dinâmica familiar até o serviço de saúde, o imperialismo britânico ou os sindicatos. Essa série mostrou que toda a realidade podia ser reduzida a uma piada fálica, já que, essencialmente, todo o humor desses filmes consistia em duplos sentidos sexuais. Assim era a vida pós-edipiana, na qual a criança agora via as coisas – inconscientemente – através de uma lente fálica, com poucas outras possibilidades.

Curiosamente, isso sugere que, ao crescermos, tornamo-nos menos cônscios do mundo, mais restritos em nossa percepção e sensibilidade. É como se fosse introduzido em nossa mente um filtro que só nos permite apreender certos aspectos da realidade. As relações mais primitivas com a mãe podem envolver um grau extraordinário de sintonia: os bebês são capazes de captar o estado de espírito da mãe com incrível rapidez. Os significados atribuídos ao

comportamento dela – e de outros – podem ser amplos, mas, com o estabelecimento da significação fálica, isso se reduz. A vida se transforma num filme da série *Carry On*, no qual tudo que compreendemos é uma faixa limitada de significações.

Na psicose, entretanto – na qual, como veremos, a metáfora paterna não funcionou e a lente fálica não foi instalada –, o resultado costuma ser uma espécie de supersintonia, na qual a pessoa é capaz de captar insolitamente os estados de espírito e os pensamentos do terapeuta. Como disse um de meus pacientes psicóticos, "a diferença entre mim e um neurótico é que o neurótico projetaria as coisas dele em você, mas eu sei realmente o que você está sentindo". Embora a loucura seja frequentemente definida como uma incapacidade de manter o contato com a realidade, ela tem a ver, na verdade, como observou o psiquiatra Eugène Minkowski, com estar em excesso de contato com a realidade.

Kurt Eissler observou que um de seus pacientes esquizofrênicos, apesar de não poder vê-lo enquanto estava deitado no divã, pedia ao analista para repetir o que ele tinha acabado de dizer, justo quando Eissler havia parado de escutá-lo. "Nos momentos em que eu era realmente incapaz de repetir as últimas palavras do paciente, ele exigia em tom categórico que eu repetisse o que ele tinha dito." Incrivelmente, esse pedido só ocorria quando Eissler era incapaz de atendê-lo. De modo similar, ele descreve a ocasião em que uma interpretação ligando um sonho à sexualidade infantil foi recebida com o comentário "O senhor não está provando isso para mim, está provando para si mesmo" – justo na ocasião em que Eissler andava preocupado em provar um ponto correlato a seus colegas. O paciente estava supersintonizado com o inconsciente do analista.[20]

O PROCESSO EDIPIANO introduz uma negatividade em nossa vida, estabelecendo um sentido e uma limitação do sentido. Ao mesmo tempo, surte efeitos sobre nossa libido, sobre a excitação de nosso corpo e a intensidade e direção de nossos vínculos afetivos. A parte mais importante desse processo é o estabelecimento da falta. Renunciamos à mãe para criar uma zona de vazio que, mais tarde, possa ser ocupada por outros objetos. Nossa libido fica mais ou menos exilada de nosso corpo e ligada ao sinal da ausência.

Renunciar à mãe também significa renunciar ao que imaginávamos ser para ela. À medida que o processo simbólico entra em ação, temos que abdicar de nossas aspirações a completá-la ou preenchê-la. Registramos o fato de que não podemos ser tudo para ela e de que ela está interessada em algo além de nós.

Reconhecer que o comportamento materno tem uma causa que não está ligada a nós mesmos é, a um tempo, trágico e libertador. Sem isso, tudo seria interpretado como uma autorreferência: a mãe ficaria alegre ou triste por nossa causa, o que é uma posição a que a criança pode aspirar, mas que, em última instância, é impossível de viver. Ser a causa única dos afetos de outra pessoa coloca um peso terrível sobre nós, como se fôssemos sempre responsáveis. Desse modo, permaneceríamos num mundo sem mediação entre nós e a mãe e aquilo que imaginamos que ela deseja.

Essas ideias sobre o complexo de Édipo sempre envolvem dois níveis: o reconhecimento de um processo – como o desejo materno – e a denominação desse processo: o pai. Não se trata apenas de uma questão de intuir a falta materna, mas de lhe dar um nome, registrá-la. Aqui, as ideias de Lacan ecoam e modificam as de Bateson, que via o processo fundamental da infância como sendo o estabelecimento do que ele chamava de "comunicação sobre a comunicação".[21] A criança é confrontada com muitos sinais e mensagens e precisa aprender a categorizá-los. Se alguém pergunta, por exemplo, "O que você gostaria de fazer hoje?", essa mensagem pode ser entendida como uma pergunta literal ou como uma condenação ao que foi feito na véspera. Presume-se que o contexto e o tom de voz determinem qual dessas interpretações é mais provável e, assim, a mensagem pode ser rotulada, atribuída a um de muitos conjuntos diferentes, que permitirão que seu significado seja apreendido.

A teoria de Lacan focaliza a mesma questão: de que modo a criança interpreta a fala e o comportamento da mãe, e de que modo essa interpretação destinará os elementos posteriores a um de diversos conjuntos. Esse processo edipiano reúne as várias representações do desejo materno através do ato de denominar, e gera uma categorização inconsciente. Para Bateson e Lacan, problemas nesse processo são indicativos de psicose. Como veremos mais adiante, tais problemas nos permitirão não apenas distinguir diferentes tipos de psicose, mas também, visto que a função paterna não funciona na psicose, nos mostrarão como outras formas de construção de conjuntos poderão ajudar o indivíduo a criar um mundo menos invasivo e mais suportável.

Portanto, o complexo de Édipo faz três coisas. Primeiro, introduz a significação, ao ligar a questão do desejo da mãe a uma resposta: o pai e o falo. Segundo, localiza a libido, a intensidade de nossos apegos e interesses sexuais, fazendo da imagem proibida da mãe – ou de partes dela – o horizonte do desejo sexual. Assim, há uma localização da libido, uma ancoragem que situa os objetos de nossos desejos fora do corpo. Terceiro, ele nos permite situar a nós mesmos em relação ao Outro, encontrar uma distância segura e passar para um

outro espaço em que não existamos simplesmente nós e ela.

Mas o que aconteceria se esses processos não ocorressem? Se alguma coisa viesse a bloquear ou impedir essa passagem pelo complexo de Édipo?

3. Psicose[1]

VIMOS QUE O COMPLEXO de Édipo tem três resultados básicos. Em primeiro lugar, ele estabelece uma nova significação; em segundo, localiza a libido do corpo; em terceiro, estabelece uma distância, afastando a criança do lugar de objeto exclusivo da mãe. Uma vez que reconheçamos esses processos, muitos fenômenos clínicos da psicose entram subitamente em perspectiva. Em vez de indicações de distúrbio, caos ou colapso, eles podem ser vistos como tentativas de solucionar esses três problemas fundamentais: como é possível dar sentido à realidade de um indivíduo, como é possível ancorar a libido do corpo e como é possível criar uma distância segura do Outro?

Quando Schreber adoeceu, no verão de 1893, o mundo começou a lhe parecer estranho. Os fatos do cotidiano pareciam esquisitos, meio fora de esquadro, como se abrigassem significações que lhe eram opacas. A ideia – "tão alheia a toda a minha natureza" – de que seria prazeroso "ser uma mulher submetendo-se ao coito" perturbou-o: em conflito com seu senso de virilidade, era algo que ele não podia aceitar. Pouco depois, seu corpo começou a sofrer transformações peculiares: ele ejaculava repetidamente durante a noite e seus nervos lhe davam sensações do que ele chamava de "volúpia".

Suas alucinações e sensações corporais tornaram-se implacáveis e torturantes. Havia vozes tagarelando incessantemente e ele se sentia apanhado numa rede física e mental com um Deus que não simpatizava com ele. No fim do longo processo de construção de um delírio, a significação e a sensação que ele tinha de seu corpo foram restabelecidas, em certa medida. Soube que tinha sido escolhido como um ser excepcional, e que sua missão seria gerar uma nova raça. A dor terrível de seus sintomas físicos e a intensidade das vozes que ouvia diminuiriam: o que tinha sido "apavorante e ameaçador" tornou-se "cada vez mais inofensivo". E as sensações voluptuosas passaram a se concentrar num

cenário em que ele se enfeitava com “adereços femininos” e se contemplava num espelho.

A ideia perturbadora que sua feminilização implicava tinha se tornado uma ideia à qual ele se submetia e que seria para o “bem da humanidade”: ele “se reconciliou” com a hipótese de ser transformado numa mulher, não, como havia inicialmente acreditado, para ser usado como um vil objeto sexual – “uma prostituta do sexo feminino” –, mas como alguém que geraria a nova raça. As sensações de gozo feminino que experimentava no corpo já não deviam ser rejeitadas e sim vistas como algo que ele tinha o “direito” e o “dever” de cultivar. Esse foi um modo de tentar restabelecer o que ele chamava de “Ordem do Mundo”, um sistema harmonioso que suas vozes lhe haviam descrito e que ele sentia ter sido rompido.

Portanto, o delírio deu um significado à experiência que Schreber tinha de seu mundo e logrou atribuir suas sensações difusas da libido corporal a um ponto mais estruturado e localizado. Isso foi alcançado mediante sua alocação num lugar especial, como o ser humano escolhido para ser o gerador de uma nova raça. Apesar de ter sido atormentado pela incompreensão a respeito das mudanças que vinham ocorrendo dentro e em volta dele, nesse ponto elas assumiram uma significação. Se nos primeiros anos de sua construção delirante sua distância de Deus sempre fora problemática – ou próxima demais ou distante demais –, nesse momento ela se tornou mais sólida: Schreber chegou até a sentir pena desse Deus que tinha uma compreensão tão pequena das questões humanas.

Assim, o delírio realizou as três tarefas edipianas cruciais: tratar dos problemas do sentido, da libido e do lugar do sujeito em relação a um Outro mais poderoso. Embora, para Schreber, o delírio não fosse tão robusto quanto ele poderia desejar, e ele tenha sido obrigado a retornar ao hospital após a morte de sua mãe e o derrame de sua mulher, Sabine, em 1907, mesmo assim isso nos mostra os objetivos das construções delirantes menos como sintomas primários de psicose do que como esforços de reparação. O que talvez se afigure como sinais de deterioração pode ser, na verdade, parte de um processo maior de reestruturação.[2]

Outro exemplo pode ilustrar essa função reparadora do delírio. Criada por uma mãe invasiva, que a vigiava continuamente e cujas oscilações de humor eram assustadoras e imprevisíveis, uma moça desenvolveu a convicção de que era o único ser humano que restava no mundo. Tudo o que a cercava, sua família e seus conhecidos, era ilusório, criado por alienígenas para estudar suas reações. Sua vida simplesmente fazia parte de um experimento imenso e sumamente complicado para observar e documentar a vida humana. Isolada em seu

banheiro, ela experimentava um estado de excitação corporal com a ideia de estar sendo minuciosamente examinada por médicos alienígenas. Esse delírio, fortemente estruturado, permitiu que ela sobrevivesse. Deu sentido a seu mundo, explicou o comportamento bizarro de sua mãe e lhe deu uma posição no esquema das coisas. Sem isso, podemos nos perguntar de que modo ela teria compreendido as oscilações de humor e o olhar intenso e perpétuo a que ficava submetida.

Tal como no caso de Schreber, o delírio lhe atribuiu um lugar num projeto significativo. Embora menos elaborado que o sistema de raios e nervos de Schreber, ele lhe trouxe uma solução para os três problemas edipianos: estabelecer uma significação, localizar a libido e situar um lugar. Em vez de se manter como uma presa de sua mãe imprevisível, ela se tornou o único ser humano escolhido para o experimento, o que a deslocou do lugar de vítima puramente passiva. O delírio, nesse caso, deu uma nova inflexão à experiência de *ser um objeto*: em Schreber, foi a transição da condição de "prostituta" degradada para a de veículo do futuro da humanidade; em minha paciente, a transição de "vítima" da mãe para objeto de uma pesquisa científica. Nos dois casos, ao conferir um lugar ao sujeito, o delírio o distanciou de ser simplesmente algo com o qual se faziam coisas brutais, uma vez que agora estas tinham um propósito e uma significação. Nem o sistema delirante de Schreber nem o de minha paciente se revelariam inteiramente exitosos, no correr do tempo, mas mostram que essas preocupações primordiais são centrais para o trabalho da psicose.

Podemos ver esse movimento do objeto para o agente no trabalho do esquizofrênico norte-americano Louis Wolfson. No livro que publicou em 1970 sobre suas experiências,[3] ele descreveu uma cena fundamental da infância, na qual sua mãe ficou assistindo enquanto uma enfermeira introduzia nele à força um termômetro retal. Esse insulto traumático viria a deixar vestígios em muitos fenômenos psicóticos de Wolfson, inclusive a compulsão de gritar "Enema!" na rua. Entretanto, na década de 1980, uma nova ideia pareceu emergir. Depois da morte da mãe, ele passou a se preocupar com a ideia de limpar o planeta. Portanto, havia ocorrido uma transformação: em vez de estar na posição passiva de puro objeto, entregue à vontade cruel do Outro, ele passou a ser o orquestrador de uma missão de salvação. Como assinalou Serge André, a tentativa invasiva de limpar seu corpo transformou-se num desejo de limpar o planeta, assim como a experiência degradante de feminilização de Schreber viria a se transformar em sua gloriosa missão de encarnar o gerador divino de uma nova raça. A ideia de Wolfson envolveu uma transição do lugar da intromissão

libidinal invasiva para o projeto de drenar a libido de todo o planeta.

Esses exemplos nos mostram que o delírio é menos um problema do que uma solução. Durante mais de 150 anos, os psiquiatras, de Lasègue e Bleuler até Lacan, haviam observado que o que se costuma tomar como sintomas *da* loucura são, na verdade, respostas *à* loucura. Os fenômenos mais "notáveis e espalhafatosos"[4] da psicose, observou Freud, são "tentativas de resgate ou recuperação". O delírio, para Freud, não é um sintoma primário da psicose, mas uma tentativa de curar a si mesmo: ele se encontra "aplicado como um remendo no lugar em que surgiu, originalmente, um rasgo na relação do eu com o mundo externo". O que tomamos por "produtos patológicos são, na realidade, uma tentativa de recuperação, um processo de reconstrução". Quando se abre um buraco no mundo da pessoa, o delírio oferece um conserto, por fornecer a significação: os carros que passam estão aí para me espionar, as cortinas se mexem por causa de um dispositivo de escuta, o amigo que hoje me cumprimentou de um jeito diferente está mancomunado com meus perseguidores. Portanto, o delírio é um fenômeno positivo, e não negativo, uma tentativa de cura e não uma patologia em si, mesmo que possa falhar com frequência em suas tarefas.

Para Freud, grande parte da psicose tem a ver com a restauração, o esforço de recriar a realidade ou de restabelecer o contato com ela. A estranheza do pensamento delirante faz com que, muitas vezes, ele pareça exatamente o inverso, mas sua função curativa pode ser singularmente clara. Num dado caso, uma mulher com erotomania – a certeza delirante de ser amada por outra pessoa – escreveu ao homem em questão, pedindo que ele lhe enviasse uma carta formal[5] para negar que estivesse tentando influenciá-la e confirmar que era simplesmente um estranho. Ela lhe deu um texto pronto, que ele teria simplesmente de copiar, assinar e lhe devolver. Isso não foi uma recomendação do psiquiatra, mas um produto do próprio movimento delirante. Ela chegou até a enviar um selo, mostrando que o procedimento terapêutico estava contido no próprio gesto da loucura.

QUASE SEMPRE OS DELÍRIOS são precedidos por um período em que a pessoa sente haver uma espécie de sentido no mundo, embora este se mantenha impreciso e fugidio. Um cartaz no metrô, uma reportagem de jornal ou um comercial de televisão parecem dizer-lhe respeito, mas a pessoa não sabe exatamente de que maneira. Sabe apenas que se trata de algo que tem a ver com ela. Quer rapidamente, quer aos poucos, toda a realidade começa a abrigar uma

significação: ela fala, ainda que sua mensagem seja opaca. Esse período de perplexidade confronta a pessoa com a significação como tal, a significação antes que ela se fixe e se prenda. E a tarefa do delírio é remediar essa situação, injetar um sentido fixo e determinado no lugar da perplexidade.

Escrevendo sob o pseudônimo de John Custance, um economista inglês, também banqueiro e analista do serviço secreto durante a guerra, descreveu sua psicose e a cristalização do delírio.[6] Ao comparecer a uma cerimônia fúnebre em memória da guerra, "de repente me pareceu ver, num lampejo, que o sacrifício daqueles milhões de vidas não tinha sido em vão, que fazia parte de um padrão maior, o padrão do Objetivo Divino. Senti também a convicção íntima de que eu tivera algo a ver com esse objetivo; foi como se uma espécie de revelação me estivesse sendo feita, embora, na ocasião, eu não tivesse uma ideia clara de qual era." Também não houve dúvida de que o "Objetivo Divino" dizia respeito a ele, ainda que o significado definido de seu envolvimento ficasse em suspenso. Pouco depois, Custance passou a alucinar que órgãos sexuais masculinos e femininos pairavam e pulsavam acima dele, num sinal, como soube, do "Poder do Amor", um nome que também se impôs a seu pensamento naquele instante.

Tempos depois, ele pôde concluir sua extraordinária descrição da loucura com um capítulo intitulado "A teoria da realidade", no qual formulou uma explicação básica do Universo e de seu lugar nele, semelhante, nesse aspecto, à ideia schreberiana de uma "Ordem do Mundo". A teoria recebeu essa denominação depois que um enfermeiro do hospital lhe perguntou, um dia, por que ele usava com tanta frequência a expressão "na realidade", e o que queria dizer com ela. O paciente tentou explicar, mas não conseguiu, e de repente percebeu que esse era "o nome ideal" para batizar a "quimera [teológica] que me persegue". Nesse momento, ela pôde ser "fixada e rotulada". A teoria é compacta e versátil: dá sentido a toda a história humana, aos acontecimentos atuais mundiais, bons e maus, e à relação entre opostos.

Os delírios tendem a se classificar em dois grupos: as tentativas transitórias de encontrar sentido, que não duram muito tempo, e os sistemas mais metódicos, construídos ao longo do tempo, que costumam ser mais sólidos. Estes últimos podem interligar-se em sistemas complexos de crenças, que conferem um conjunto único ou restrito de significações à maioria das coisas do mundo dessa pessoa. Embora todos nos vejamos diante da questão de como dar sentido a nossa vida, em geral somente os sujeitos psicóticos levam isso a sério. Qualquer um pode refletir sobre essas questões, mas os construtores de sistemas são, invariavelmente, aqueles para quem essa tarefa tem uma urgência existencial real.

Como vimos no último capítulo, o problema da significação, até certo ponto, é solucionado pelo neurótico em sua passagem pelo complexo edipiano: seus horizontes se estreitam quando ele entra na tragicomédia do mundo fálico dos pais. Antes disso, o sentido é uma questão premente. As presenças e as ausências da mãe têm que receber uma significação: suas idas e vindas são vivenciadas como significando alguma coisa, mas esse sentido leva tempo para se instalar e pode ligar-se, posteriormente, à significação paterna e fálica.

Esse processo cria a grade que chamamos de complexo de Édipo, que consolida os significantes e significados, juntando-os para organizar o mundo. Mas o que aconteceria se houvesse problemas na ligação desses dois registros, se os significados não estivessem disponíveis para ajudar a pessoa a construir sua realidade? Num dado caso, um homem ficou inseguro quanto ao significado das palavras depois da morte de seu pai, e tinha que carregar um enorme dicionário para todo lado em sua mochila. Tinha que ter certeza de haver compreendido tudo. Num outro exemplo, um homem explicou que "um dia desses, chamaram um dos lavradores mais velhos de 'pai';[7] no mesmo instante, passou pela minha cabeça que eu era filho dele. Sempre experimento essas significações com palavras desse tipo; elas vêm direto para mim." Ele era obrigado a dar a essas palavras um "segundo sentido", principalmente quando eram ditas por outras pessoas.

No primeiro caso, as palavras se desvincularam dos sentidos e, no outro, foram ligadas demais. Essas estranhas vicissitudes entre significante e significado são comuns na psicose. O crítico norte-americano Van Wyck Brooks descreveu que, em sua psicose, toda faca se transformava em algo com que cortar a própria garganta, todo prédio, em algo de onde pular, todo cinto, num garrote, o alto de toda porta, num suporte para uma corda com que se enforcar, e toda garrafa, em algo a ser engolido em estilhaços.[8] Essa transformação aterrorizante da vida cotidiana fazia esses elementos assumirem significados novos e indissolúveis. A semântica do mundo ao redor dele tinha se alterado de forma irrevogável. Em vez de cada significante – a faca, a porta, a garrafa etc. – assumir sentidos diferentes, conforme o contexto, ele simplesmente significava uma coisa só: um meio de tirar a própria vida.

Essa metamorfose é evocada em filmes como *Premonição*, nos quais sabemos que os protagonistas terão uma morte terrível em estranhos acidentes domésticos. Em todas as cenas, buscamos o culpado potencial: uma geladeira, uma máquina de lavar, uma corda de roupas, um piso polido, tudo isso assume ressonâncias letais. Imagine como a vida seria assustadora e impossível para alguém para quem isso não fosse um terror isolado, mas uma experiência

constante. Uma significação – neste caso, não apenas de mortalidade, mas do desejo de matar de um Outro – não é recalcada, ao contrário, liga-se a todos os aspectos da realidade dessa pessoa.

Enquanto, em alguns momentos da psicose, vemos o sujeito trabalhar com empenho em dar sentido, em decifrar ou desvendar não apenas a significação das palavras, mas também a relação secreta entre as coisas, em outros há um esforço de fugir de um sentido que se tornou fixo demais, invasivo demais. Se na neurose a função paterna estabelece e limita a significação, na psicose isso não acontece. Portanto, há uma busca de uma alternativa, de algo como um código ou uma fórmula, ou até um aparelho que produza ordem e sentido no mundo. Como assinalou Lewis Hill, "os esquizofrênicos, comparados a outras pessoas, são extremamente sérios e se interessam pela significação. Tentam encontrar um princípio unificador, tentam encontrar algum tipo de paz, simetria ou harmonia no mundo. Como isso não está no mundo real, eles vão buscá-lo em outro lugar."[9]

ENTÃO, QUE FORMAS pode assumir uma psicose? Em contraste com o número sempre crescente de diagnósticos que hoje inundam o mercado, os lacanianos tendem a favorecer a parcimônia: em vez dos 360 rótulos do DSM, eles reconhecem apenas três estruturas mentais mutuamente exclusivas – neurose, psicose e perversão – e, dentro das psicoses, outras três: paranoia, esquizofrenia e melancolia, com debates em torno de como situar o autismo e a psicose maníaco-depressiva. Esses diagnósticos derivam da psiquiatria clássica e não contemporânea, e podem significar algo bem diferente daquilo com que o leitor profissional de hoje está familiarizado. Seus sentidos deverão ficar claros à medida que prosseguirmos, mas talvez seja importante, antes de mais nada, dizer algo sobre o uso do termo "esquizofrenia", já que este fica frequentemente sujeito a erros de interpretação e são muito difundidos os pedidos de abandono completo dessa categoria.

Até hoje já existiram mais de quarenta definições de esquizofrenia na psiquiatria, para não falar da psicanálise e campos afins. Kraepelin frisava os problemas ligados ao afeto e à volição, mas seus contemporâneos queixavam-se de que ele nunca fornecia um critério diagnóstico singular. Bleuler, ao contrário, fornecia um critério diagnóstico, mas afirmava, ao mesmo tempo, que a esquizofrenia era um grupo de distúrbios e não uma categoria unificada singular. As críticas, tanto a Kraepelin quanto a Bleuler, foram comuns nas primeiras décadas do século XX, mas, apesar das muitas advertências, o termo

“esquizofrênico” era empregado de forma tão indiscriminada que, muitas vezes, era sinônimo de “psicótico”, ou simplesmente usado para rotular qualquer paciente particularmente difícil, do mesmo modo que funciona hoje a categoria do “distúrbio de personalidade”.[10]

Na ânsia de restabelecer alguma medida de precisão, os psiquiatras criaram novas diferenciações: havia a esquizomania, a esquizonoia e a esquizotimia, para citar apenas algumas. À medida que essas novas categorias continuaram a se ramificar, a partir do conceito de esquizofrenia, o psiquiatra alemão Karl Jaspers comentou: “Assim como os anéis feitos na água pelas gotas de chuva são pequenos e nítidos, a princípio, e depois se tornam cada vez maiores, engolem uns aos outros e desaparecem, surgem na psiquiatria, de vez em quando, doenças que se ampliam constantemente, até perecerem por sua própria magnitude.”[11] Críticos posteriores deram sentido à confusão classificatória censurada por Jaspers, afirmando que os manicômios agrupavam as pessoas que sofriam de psicose com as que sofriam de infecções sifilíticas do cérebro. Daí a imprecisão e o pessimismo terapêutico da clínica de Kraepelin, que havia confundido uma forma específica de desintegração orgânica com a psicose.

Uma vez que a presença de espiroquetas sifilíticos no cérebro só foi descoberta em 1912, parecia provável que muitos dos indivíduos diagnosticados com esquizofrenia tivessem sido simplesmente casos mal diagnosticados de infecção orgânica. Na verdade, porém, essa mesma ideia havia ocorrido a Kraepelin e seus discípulos, e parecia uma prova ainda maior de que a psicose tinha uma etiologia estritamente orgânica. Quanto às infecções sifilíticas, as anotações meticulosamente registradas dos casos foram estudadas depois de 1912, para verificar até que ponto elas teriam sido responsáveis pelo estado dos pacientes. Na maioria dos casos não era assim, mas, infelizmente, essa pesquisa escapou aos críticos de Kraepelin.[12]

Hoje em dia, o DSM-IV-R define a esquizofrenia por meio de um processo de seleção: o sujeito precisa exibir pelo menos dois de uma lista de cinco tipos principais de sintomas, que incluem delírios, alucinações, desorganização da fala, comportamento desorganizado ou catatônico e os chamados “sintomas negativos”, tais como falta de afeto ou volição. Algum desses distúrbios tem que ter estado presente há mais de seis meses, e quando os delírios são bizarros e as alucinações envolvem um comentário contínuo ou um diálogo umas com as outras, apenas um dos sintomas é necessário para fechar o diagnóstico. Os críticos do DSM têm assinalado com frequência que seus critérios de diagnóstico são irremediavelmente vagos, uma vez que implicam que duas pessoas podem ter esquizofrenia sem compartilhar um único sintoma. Similarmente, eles deixam

de lado o problema da psicose não desencadeada que discutimos anteriormente.

Até por conta do DSM, o diagnóstico da esquizofrenia na atualidade ainda gera confusões e preconceitos. É comum os pacientes serem ensinados a vê-la como uma doença incurável, que exige contenção química contínua. As refutações das visões ingênuas e das mudanças de paradigma nesse campo também têm sido lamentavelmente esquecidas. Numa enorme resenha de pesquisas sobre a esquizofrenia, Manfred Bleuler escreveu, em 1951, que "a maioria dos investigadores já não considera a esquizofrenia *uma* entidade patológica, um transtorno hereditário, a expressão de uma doença somática ou um distúrbio passível de tratamento somático 'específico'". No entanto, de lá para cá, o apetite por modelos simplistas da doença, combinado com os preconceitos sempre presentes contra os "doentes mentais", significa que é exatamente assim que a maioria das pessoas de hoje vê a esquizofrenia.

Também esquecidas com frequência são as observações de muitos psiquiatras da década de 1970, que afirmaram que a forma mais comum de esquizofrenia era tal que não exigia hospitalização. Estava acabado o finalismo biológico do pessimismo inicial de Kraepelin, e a descrição clínica não raro invertia a imagem prevalente da pessoa retraída e catatônica: ao invés disso, os "novos" esquizofrênicos buscavam o convívio social. Buscavam relacionamentos, casavam-se, procuravam empregos, viajavam, exploravam sua sexualidade e experimentavam drogas. A esquizofrenia era menos equiparada a uma entidade patológica do que às próprias tentativas de usar as redes sociais para combater a desintegração.[13] Já não era a catatonia que fornecia a imagem visual de um esquizofrênico, e sim uma personalidade sociável e falastrona, ávida de vínculos sociais. Essa concepção, lamentavelmente, não foi tão influente quanto poderia ter sido, mas mostrou a que ponto o estilo de vida podia ser usado para o sujeito encontrar equilíbrio, fato que hoje não podemos nos dar ao luxo de ignorar e ao qual voltaremos mais adiante.

Dado o problema dos usos contemporâneos do termo, por que continuarmos a nos referir à "esquizofrenia"? Lacan foi reservado nesse aspecto, quase nunca usando a palavra e, às vezes, prefixando-a com a expressão "a chamada". No entanto, a ideia de um grupo de esquizofrenias tem certa validade clínica e conceitual para indicar a variedade de casos em que não há uma unificação sólida da imagem corporal, em que a libido retorna primordialmente no corpo e em que a construção robusta de delírios é abreviada ou ausente. Como disse Jay Watts, "o que liga esse grupo é um problema de ligação".[14] É por meio da comparação e do contraste das esquizofrenias com a paranoia e a melancolia que seus contornos se tornam mais claros.

Já vimos que o pensamento delirante pode ser transitório e pouco desenvolvido, ou sistematizado e expansivo. Para distinguir aqui as diferentes formas de psicose e para esclarecer os tipos de construção delirante que se seguem, podemos voltar aos três problemas básicos tratados pelo complexo de Édipo. Em vez de tentar fundamentar uma classificação em aspectos superficiais, como a temática de uma psicose – por exemplo, temas religiosos, espirituais, fantasiosos –, as questões subjacentes do significado, da localização da libido e da distância entre o sujeito e o Outro permitem um esclarecimento real da questão diagnóstica. Se a metáfora paterna regula os que estão na neurose, na psicose esse processo não ocorre. Resta a cada sujeito psicótico inventar a própria solução para esses problemas, e os estilos de resposta podem nos permitir diferenciar e definir as diversas formas que podem ser assumidas pela psicose.

Na paranoia, uma significação se cristaliza: a pessoa sabe o que está errado no mundo. Há uma trama contra ela, ou ela tem uma missão a cumprir, uma mensagem a disseminar. Seja qual for o conteúdo efetivo do delírio, há uma solidez do significado atribuído à situação do sujeito. A libido fica localizada do lado de fora: no perseguidor, ou numa falha da sociedade, ou na ordem do mundo. O FBI ou a Igreja católica ou a British Petroleum (BP) são maléficos e devem ser denunciados. Existe uma “maldade” do lado de fora, que é situada e denominada. O conteúdo do delírio paranoico, nesse caso, pode ser absolutamente verdadeiro: a BP poderia mesmo ser acusada de destruir a natureza. A paranoia reside menos na ideia em si do que na certeza e na rigidez com que ela é sustentada e divulgada, e no lugar que ela ocupa na vida da pessoa.

Paranoia, neste caso, não significa paranoide, e é comum as duas coisas serem confundidas. Qualquer um pode ser paranoide, e certas situações são capazes de induzir ideias paranoides em todos nós. Mas isso é muito diferente da paranoia como tal, na qual a pessoa constrói algo, erige um sistema de ideias como resposta a sua vivência de desmoronamento. A paranoia envolve a criação de um saber, de um sistema de crenças centrado numa falha ou num perseguidor, com um alto nível de poder explicativo e que vai além da simples suposição de que se está sendo perseguido ou denegrido pelos outros. Há também muitos casos de paranoia em que a ênfase não recai num perseguidor, mas num problema mundial que tem que ser resolvido.[15]

Há aí um trabalho propriamente dito, a construção de um saber que estrutura a relação da pessoa com o mundo. Isso deve ser distinguido dos pensamentos e ideias paranoides que, muitas vezes, podemos encontrar no grupo das

esquizofrenias, como assinalou Henri Claude.[16] A ausência da inscrição de um terceiro termo faz disso uma possibilidade sempre presente: a pessoa pode sentir-se ameaçada ou perseguida, ou achar que há um outro próximo demais. Na esquizofrenia, é comum as ideias paranoides serem uma forma de defesa contra o pavor da desintegração. Um de meus pacientes era capaz de rastrear com grande exatidão o movimento de suas primeiras sensações de angústia e perda de controle dos pensamentos, até o enfileiramento de diversos alvos de seu ódio: o fiscal da receita, seu vizinho e um antigo professor. O ódio, dizia ele, “me deixa ter um controle maior sobre meus pensamentos, sei para onde eles estão indo”. Como declarou outro sujeito psicótico, “o ódio é uma maneira de dar forma”.

Os delírios paranoicos são diferentes das ideias paranoides também num outro aspecto. Na paranoia, o eu e o Outro são rigorosamente separados, mas as ideias paranoides do esquizofrênico podem muito bem embotar essa fronteira. O Outro está presente dentro do sujeito, como se uma separação completa não fosse possível. O esquizofrênico pode acreditar que seus pensamentos e até seus sentimentos não lhe pertencem, mas, de algum modo, foram postos dentro dele, de fora para dentro, ou são até experiências de outra pessoa. O paranoico, ao contrário, vê as forças externas atuando contra ele, não dentro dele, e nunca existe a ideia de que seus pensamentos tenham sido roubados de sua mente ou inseridos nela. A cisão entre o eu e o Outro se mantém portanto, o que significa que o paranoico é fundamentalmente inocente: a culpa é sempre dos outros, quer se trate do vizinho, da CIA ou do Estado.

Na melancolia, ao contrário, a culpa é sempre do sujeito. Apesar das argumentações em contrário e até da inocência proferida em juízo, a pessoa acredita com uma convicção delirante que fez alguma coisa errada. Esse erro pode ser identificado com um pequeno deslize ou desleixo em sua conduta, mas, em última instância, concerne a seu próprio ser, ao núcleo de sua existência, o qual é julgado de forma severa e implacável. O eu é irremediavelmente culpado, e não há nada que se possa fazer a esse respeito: a significação é fixa. O doente pode atormentar seu círculo com uma ladainha de autocensuras e, quando um terapeuta tenta convencê-lo de que as coisas não são culpa dele, ou quando ele é considerado inocente de uma acusação por um tribunal, é possível que ele se exponha a riscos ou exponha outras pessoas, a fim de provar seu pecado.

Alguns clínicos veem a melancolia como uma imagem especular da paranoia, embora existam casos em que o sujeito melancólico ainda não se condenou: permanece num limbo assustador, ocupando constantemente o banco dos réus de um tribunal que ainda não proferiu o julgamento. Além disso, amiúde as autoacusações podem ser bem discretas, talvez se escondendo atrás de uma

prática de autoenvenenamento por meio do álcool ou das drogas. A melancolia pode nunca assumir a forma da autocensura franca que é divulgada no círculo da pessoa, embora, quando o faz, tenda a ser clamorosa e repetitiva.

Na melancolia, a falha está fundamentalmente no sujeito, e não no Outro. Como assinalou Jules Séglas, o melancólico nunca é atacado de fora para dentro e, portanto, não recorre a autoridades civis ou jurídicas para se defender: ele já está perdido ou condenado. Na paranoia, o erro está no Outro, e se frequentemente assume uma forma persecutória – o Outro está me agredindo, me solapando, me acusando –, também pode assumir tons menos invasivos quando o Outro é identificado com a natureza ou com alguma qualidade abstrata do mundo. A chave está em que a pessoa quer introduzir ordem nesse mundo, quer destruir alguma maldade, seja esta entendida como arquitetada por seres humanos ou por algum processo natural. Isso pode ser compatível com qualquer tipo de pesquisa científica. Quando a maldade é identificada com uma doença, por exemplo, a pessoa pode dedicar a vida inteira a valiosas pesquisas médicas.

Como observou Piera Aulagnier, o paranoico pode insistir em que o mundo deve ser "levado a se conformar a uma ordem, uma lei, um conhecimento que o grupo esqueceu ou traiu".[17] Muitas vezes, o doente se apresenta como o único intérprete ou herdeiro legítimo de uma lei ou um saber, seja este um dogma religioso, uma teoria social ou educacional, ou alguma forma de verdade científica. Além de criar uma nova ordem, a ideia de devolver ao mundo uma ordem ou um sistema perdidos também é muito frequente. A pessoa pode procurar na Bíblia ou em textos antigos algum conhecimento oculto que deva ser novamente disseminado, para trazer sensatez, paz ou ordem ao mundo. Esses esforços podem atrair um grande público, como vemos no apetite popular por movimentos laicos e religiosos que afirmam ter acesso a um saber secreto.

O paranoico almeja denunciar ou atacar a libido no Outro, seja este encarnado num indivíduo, num órgão, numa doença ou mesmo numa raça. O alvo, no caso, frequentemente representa uma corrupção da moral, da pureza, da polidez ou da decência. Em alguns casos, os esforços do paranoico são sancionados pela sociedade como valiosos e, em outros, condenados como homicidas. A equiparação que Hitler fez dos judeus a uma mancha maligna na pureza racial foi – e ainda é – aceita por muitas pessoas, assim como o assassinato do presidente sueco Olof Palme, em 1986, foi visto por alguns como um ato legítimo, apoiado num sistema moral, e por outros como uma explosão inaceitável de violência homicida.

O diagnóstico equivocado da paranoia não é um acidente na sociedade atual. Na paranoia, a libido é atribuída ao Outro, o que significa que o sujeito é

inocente. A culpa é sempre de outra pessoa. Não sou eu que tenho um problema, são os alienígenas da nave espacial que está me seguindo. O paranoico fica na posição do queixoso, de alguém que aponta a falha no Outro, e isso é frequentemente compatível com a normalidade. O sujeito não se queixa individualmente de nenhum sintoma e, quando se mantém relativamente calmo, pode construir um saber sobre seu perseguidor, criar defesas ou fazer pesquisas ligadas ao que acredita haver de errado no mundo.

A paranoia pode tornar-se mais visível quando um evento real, muitas vezes um acidente ou uma questão ligada a heranças, é seguido por ações judiciais, por uma busca de justiça na qual o sujeito se sente injustiçado. Seguem-se as cartas a autoridades e jornais. A sociedade de hoje nos incentiva a nos vermos como vítimas, e quase todas as atividades humanas só são legais quando estamos aptos a apresentar alguma queixa contra elas. Com isso, as forças sociais criam um cenário em que a queixa formal não é o último recurso do cidadão, mas uma característica básica que define todas as transações. Até as crianças de hoje podem formalizar queixas contra os pais e adotar medidas jurídicas contra eles. Assim, existe uma concordância entre a subjetividade moderna e a paranoia, entre a normalidade e a loucura.

O que a antiga psiquiatria considerava como traços definidores da paranoia – a inocência e o sentimento de injustiça do sujeito – tornou-se agora o que caracteriza o indivíduo moderno. É claro que isso não significa negar que às vezes as pessoas são perseguidas e maltratadas por agentes externos. No entanto, o importante é sua maneira de interpretar isso, sua maneira de processá-lo, de lhe dar sentido. O sentimento intenso de certo e errado é sinal, muitas vezes, de uma psicose subjacente. Quanto mais rígida e inelástica é a atribuição de culpa ao mundo externo, maior a probabilidade de um diagnóstico de paranoia. Às vezes, conhecemos paranoicos que nos descrevem nos mínimos detalhes todas as injustiças que sofreram: amigos que se voltaram contra eles, a vitimação no trabalho, algum acidente ou calamidade terríveis que lhes sucederam. Embora cada um desses exemplos pareça irretocável, a ladainha de queixas deixa transparecer a rigidez que é a marca registrada da paranoia. Os exemplos individuais realmente parecem ter sido uma questão de azar, as outras pessoas realmente parecem ter errado… ainda assim, é a própria inocência do queixoso que deve nos alertar para o diagnóstico.

Embora alguns paranoicos pareçam resignados ou calmos, outros se mantêm ativos e não raro são agentes de importantes mudanças sociais. Os neuróticos não lutam por muitas coisas, e vivem mais com a fantasia de que outra pessoa resolverá os problemas de sua vida por eles. Evitam o risco, enquanto os

paranoicos dedicam sua energia às causas em que confiam, e a eles devemos as melhores e as piores transformações de nossa sociedade. Como sua missão é transmitir uma verdade e denunciar alguma forma de injustiça ou maldade, é bem possível que eles façam muitas coisas boas, e, como observamos antes, um delírio paranoico é perfeitamente compatível com uma verdade. O médico húngaro Ignaz Semmelweiss salvou milhões de vidas com sua observação de que a higiene precária no parto resultava em mortalidade infantil; no entanto, sua convicção delirante quanto à verdade de sua ideia significou seu encarceramento num hospício.

Muitas vezes, os clínicos se equivocam a esse respeito e supõem que, quando acontece alguma coisa terrível com o paciente, isso exclui a presença do delírio. No entanto, um acontecimento real e um delírio são perfeitamente compatíveis. O sujeito pode ter sofrido abusos quando criança e ter também um delírio sobre sofrer abusos: a chave está em sua maneira de construir o sentido em torno de um acontecimento, no lugar que ele lhe atribui em sua vida. Os traumas graves na infância ou na vida adulta frequentemente desviam a atenção desse aspecto. O terapeuta pode ficar tão penalizado com as provações suportadas pelo paciente que deixa de escutar o modo como esses eventos traumáticos foram processados por ele. De fato, às vezes constatamos que os eventos traumáticos que parecem impelir uma pessoa para a psicose foram, na verdade, precipitados por uma mudança inicial na relação dela com seu meio: a suspeita e a desconfiança, por exemplo, podem levar a atritos com as pessoas que cercam o paciente. Os efeitos desses atritos são então incorretamente percebidos como a causa da psicose.

Poderíamos contrastar o efeito da divulgação de uma história traumática com seu oposto: a ênfase na saúde física ou mental. Uma pessoa que, após uma avaliação médica, recebe a informação de que está tudo bem e, em seguida, insiste em contar a todos que a cercam que está com a saúde perfeita pode ser tão delirante quanto o melancólico que se queixa sem parar de estar condenado à perdição. O conteúdo das ideias pode estar rigorosamente correto – como provam os resultados médicos –, mas o lugar que ocupa no discurso da pessoa pode indicar psicose, sugerida pela ladainha de autoestima, que não leva em conta os interlocutores a quem é dirigida. O clínico pode ter muito menos hesitação em reconhecer o diagnóstico nesses casos do que naqueles em que a queixa se concentra em eventos traumáticos.

Seja ou não correto o conteúdo de uma ideia delirante, o que importa é a relação da pessoa com ele. Na paranoia, ele é comumente tratado como uma mensagem que tem de ser transmitida, e essa paixão pela verdade pode ser acompanhada de uma rejeição àquilo que é falso, inautêntico ou socialmente

convencional. Isso pode assumir a forma de um desprezo pela tecnologia moderna, pela assistência médica ou por hábitos dietéticos comuns, e pode ligar-se a um projeto de retorno à natureza, como se a natureza em si fosse uma forma de "verdade" não adulterada.

O fato de, hoje em dia, todas as pessoas do planeta serem incentivadas a fazer o melhor possível para salvar o mundo é útil nesse aspecto. O reformador ou salvador do mundo pode agora coexistir com outras pessoas sem despertar muita atenção. Somos todos solicitados a salvar o planeta, de pequeninas maneiras. A ideia de devolver o mundo a um estado anterior também se encaixa muito bem em grande parte da atual preocupação com a ecologia. Pode haver a imagem de uma ordem orgânica, como a que foi popularizada pelo filme *Avatar*, na qual tudo se interliga e se une numa espécie de biologia ininterrupta.

A IDEIA DE MISSÃO é interessante e tem nuances de uma visão popular sobre a psicose. Os trabalhos do fim das décadas de 1950 e 1960 chamaram cada vez mais atenção para as redes de comunicação nas famílias de sujeitos psicóticos. De que modo as pessoas falavam umas com as outras? Que comunicações latentes eram feitas, além das comunicações manifestas? Que mensagens o sujeito psicótico vinha recebendo?

Gregory Bateson e seus colegas afirmaram que, em muitos casos, as mensagens eram contraditórias ou confusas: dizia-se à criança para fazer uma coisa, enquanto ela entendia que também estavam lhe dizendo para não fazê-la.[18] O comportamento amoroso do genitor podia esconder hostilidade ou angústia, embora estas não pudessem ser francamente reconhecidas. Num dos exemplos, um paciente hospitalizado pareceu satisfeito ao ver a mãe e estendeu os braços para abraçá-la. Ela se enrijeceu, mas, quando o filho retirou os braços, disse: "Você não gosta mais de mim?" Quando o filho enrubesceu, a mãe acrescentou: "Querido, você não deve se deixar embaraçar com tanta facilidade nem ter medo dos seus sentimentos." O rapaz ficou com ela apenas mais alguns minutos e, depois que ela se retirou, agrediu um auxiliar de enfermagem do hospital.

Os sujeitos esquizofrênicos, disse Bateson, ficam nessa espécie de situação de "duplo vínculo", paralisados entre mensagens conflitantes. De fato, há aí uma dificuldade de saber que tipo de mensagem é uma mensagem. Será que é uma ordem direta? Será uma piada? Será uma indagação autêntica? A partir desse impasse, pode haver uma variedade de respostas: presumir sempre que há uma mensagem oculta por trás da mensagem recebida; agir como se todas as mensagens fossem iguais, sem lhes atribuir nenhum peso, rindo delas; ou

simplesmente ignorá-las, numa situação em que o sujeito vê e ouve cada vez menos o que acontece e se desliga de seu ambiente. Para Bateson, essas posições indicariam, respectivamente, as formas paranoide, hebefrênica e catatônica da esquizofrenia.

Poderíamos contrastar essa ideia de mensagens confusas da esquizofrenia com a posição do paranoico: a dificuldade do sujeito pode estar precisamente no fato de ele não receber mensagens contraditórias. Poderíamos comparar a discussão de Freud sobre o Pequeno Hans – na qual fica claro que o menino recebe uma mensagem da mãe e outra do pai, para não falar nas contradições internas dessas mensagens – com a situação de uma criança a quem é dito exatamente qual é o seu papel: por exemplo, substituir um filho ou um ancestral mortos. São exatamente essa estagnação e a impossibilidade de uma tensão dialética entre as mensagens que podem contribuir para a escolha de uma posição paranoica.

Essa ideia repercute uma observação que às vezes se faz sobre a infância dos sujeitos esquizofrênicos. Mesmo quando eles são bem-cuidados e amados, pode haver um certo "anonimato" na maneira como são valorizados. Certa vez, uma mulher me explicou que amava igualmente todos os seus cinco filhos, e acrescentou: "Quando se tem um filho, tem-se o dever de amá-lo." Ou então, para citar outro exemplo, ao ser questionada sobre o nascimento e a primeira infância de Joey, sua mãe o descreveu como "um vago conhecido, uma pessoa ou acontecimento de que ela ouviu falar e que notou sem interesse". Essa falta de particularidade pode ser sentida pela criança, e seria contrastável, como sugere Pierre Bruno, com a designação vivenciada pelo futuro paranoico, como se ele estivesse destinado a um papel, um lugar ou uma missão.[19] Mais tarde, em contraste com o esquizofrênico, ele designa com rigidez o seu perseguidor, e o fixa, por sua vez, com um nome.

A antiga psiquiatria dava especial importância ao momento em que o paranoico dá nome a seu perseguidor ou ao que quer que esteja no lugar do Outro para ele, e isso pode nos dar uma pista importante sobre a dinâmica subjacente. Em nossa discussão anterior do complexo de Édipo, vimos que um momento fundamental envolve a simbolização das idas e vindas da mãe, o reconhecimento de que existe um espaço para além dela que a puxa para longe do filho. Depois, isso é ligado ao pai e, especificamente, à significação fálica. Na paranoia, na qual essa operação não ocorreu, a pessoa continua a tentar dar sua própria interpretação ao desejo da mãe. Consegue dar-lhe nome, o que nos traz a uma grande diferença das esquizofrenias: neste último grupo, existe uma dificuldade com a simbolização efetiva do desejo materno.

O problema aqui é que o registro de um espaço para além dela revela-se

problemático; assim, a pessoa pode tentar desesperadamente introduzir ou criar alguma forma de falta em seu meio. Vemos isso claramente em ação na esquizofrenia infantil, quando é muito frequente haver tentativas de tirar algo do corpo do terapeuta: uma faixa de cabelo, um par de óculos, uma caneta. Isso também pode assumir a forma de tentar encontrar um lugar onde o sujeito não possa ser visto: quando o Outro é presente demais, próximo demais, invasivo demais, o sujeito precisa criar um espaço em que possa subtrair-se dessa proximidade. Não havendo o registro inicial de um espaço vazio, o esquizofrênico se esforça por encontrá-lo. Os perseguidores, do mesmo modo, não adquirem a mesma coerência e longevidade que têm na paranoia: tendem a ser mais transitórios e podem até ser designados por "eles", em vez de terem um único nome que os identifique.

Na paranoia, portanto, existe uma denominação do desejo do Outro (a CIA, o FBI etc.), ao passo que na esquizofrenia o sujeito permanece no nível de tentar dar sentido a esse desejo. Enquanto a paranoia envolve uma interpretação do desejo do Outro, a esquizofrenia o deixa em aberto. Assim, a significação é mais ou menos fixa na paranoia, porém é instável na esquizofrenia. É exatamente isso que vemos na clínica: as queixas do paranoico são impermeáveis aos conselhos ou intervenções, ao passo que o esquizofrênico pode descrever sua receptividade, sua falta de defesa diante de tudo o que lhe acontece, como se não houvesse uma significação unificadora central capaz de lhe fornecer proteção e orientação. Isso pode evidenciar-se na própria fala, que passa de um assunto para outro, sem um sentido norteador focal.

Podemos ver essa diferença com clareza no contraste entre Sergei Pankejeff e Harold Shipman. Enquanto Pankejeff passou mais ou menos a vida inteira pedindo a analistas, psiquiatras e psicólogos que lhe dissessem o que fazer, que lhe dessem ordens e que dessem sentido a sua experiência e a seu corpo, Shipman tinha pouco a dizer. Era taciturno e pouco comunicativo, mas estava seguro de sua apreensão dos conhecimentos médicos e de sua missão de ministrá-los. Shipman não fazia apelos a psiquiatras, policiais nem investigadores forenses, e recusava qualquer diálogo. Para ele, não havia dúvida, não havia suspensão do sentido, como constatamos na esquizofrenia.

Um jovem sujeito psicótico com quem trabalhei costumava perambular o dia inteiro repetindo "*Wassup?*" – uma contração de "*What's up?*", "O que é que há?" –, como se sofresse da síndrome de Tourette. Essa expressão também ecoava em sua cabeça, além de lhe passar continuamente pela boca, e ele a ligava ao rapper Jay-Z. Embora o refrão fosse bastante comum, ele ficara impressionado com um vídeo em que tudo o que Jay-Z parecia fazer era dizer

isso repetidamente. Poderíamos interpretar essa mímica como efeito do assombro ou fascínio pelo rapper, mas ela também parece mostrar a postura básica do sujeito: "*Wassup?*" indica uma suspensão no nível da significação, como se ele ficasse empacado na formulação dessa pergunta básica, em contraste com o paranoico, que, na verdade, sabe muito bem o que está havendo.

Essa instabilidade da significação encontra eco em algumas sensações físicas descritas pelos esquizofrênicos. Eles podem se queixar de dores corporais ou sensações bizarras, e talvez buscar orientação médica para lhes dar nome e para compreendê-las. Curiosamente, o que encontramos com frequência por trás desses apelos é o desejo de comunicar a ideia de que algo mudou. Essa mudança usa o corpo como sua linguagem: a pessoa tenta transmitir a mensagem de que as coisas já não são como eram, de que agora estão diferentes. Tal como ocorre com o problema na simbolização do desejo da mãe, é impossível dar sentido a isso. Enquanto na paranoia o sujeito pode sentir-se compelido a transmitir uma mensagem sobre o mundo, a religião ou a ciência, alguns esquizofrênicos querem apenas dizer que houve uma mudança. E, em geral, querem que essa mudança seja representada de algum modo, seja registrada e denominada.

Se, no complexo de Édipo do neurótico, a função do pai designa o desejo da mãe, definindo-o com precisão e fornecendo algum sentido, na psicose é preciso inventar novas formas de denominação. É fascinante ver como os esforços de dar nomes podem efetivamente codificar-se, eles próprios, em delírios. Neste ponto, podemos pensar no famoso "tear aéreo" de James Tilly Matthews.[20] Matthews era um corretor londrino de chá que foi internado em Bedlam, em 1797, depois de tumultuar um debate na Câmara dos Comuns. Ele passara a acreditar que seu corpo e sua mente estavam sendo influenciados por uma máquina horripilante, chamada "tear aéreo", posicionada perto do hospital e que agia sobre ele por "química pneumática". As torturas que ela era capaz de infligir eram tão reais para o paciente que ele teve de cunhar novas palavras para designá-las. No controle da máquina estava uma quadrilha que denominou de "A Mulher da Luva", "*Sir* Archy", "Jack o Diretor" e "O Intermediário". Essa equipe implacável não apenas estava empenhada em torturá-lo, como era obrigada a manter um registro de suas atividades: incluía um "Registrador" cuja tarefa era tomar notas taquigráficas. Portanto, havia uma função de denominação presente no delírio construído por Matthews.

O juiz Schreber descreveu uma função similar em suas *Memórias*.[21] Diz-nos ele que se mantinham livros ou outras anotações que registravam todos os seus pensamentos e ditos, bem como os objetos em seu poder e aqueles com que ele entrava em contato. Sem saber ao certo quem, exatamente, fazia essas

transcrições, calculou que deviam ser “criaturas que receberam forma humana em corpos cósmicos distantes”. Não sendo dotadas de inteligência, elas tinham as mãos conduzidas “mecanicamente”: sua única função era manter um registro escrito.

Reconhecer a importância da função de denominação permite que nos sensibilizemos para os esforços do sujeito psicótico para estruturar seu mundo. Em vez de descartarmos suas produções como inúteis ou fantasiosas, esse esforço de denominação exige nosso respeito e incentivo. A neurose e a psicose, por sua vez, podem ser vistas como diferentes modalidades de denominação. Enquanto na neurose o complexo de Édipo consegue denominar o desejo da mãe, por meio do recurso a uma ficção normativa, nas psicoses o sujeito tem que inventar: no caso do paranoico, denominando o que está errado no mundo; no do melancólico, denominando o que está errado com ele próprio; e no do esquizofrênico, exercendo uma atividade perpétua e não resolvida.

SE PASSARMOS AGORA da questão do sentido para o problema da localização da libido, surgirão outros contrastes. No neurótico, a libido está sempre ligada a um sentimento de perda. O prazer nunca é suficiente: é fugaz e foge ao alcance. Esse é um efeito da separação simbólica da mãe: ela é sempre inacessível, e podemos sentir-nos atraídos por detalhes que nos recordam o prazer mítico perdido que associamos a ela. Na psicose, entretanto, como vimos, a libido não é ligada a um sinal de menos, e sim a um sinal de mais. É demasiadamente presente. Enquanto na paranoia localiza-se do lado de fora, no Outro (o perseguidor ou a falha no mundo), na esquizofrenia ela invade o corpo da pessoa.

Schreber observou que, embora o que chamava de “nervos da volúpia” se localizasse em torno do órgão sexual dos homens, no seu caso eles se espalhavam pelo corpo inteiro, “dos pés à cabeça”. Assim, ele tinha sensações de “prazer sensual feminino”. A excitação não se limitava às zonas erógenas, como aconteceria no neurótico, mas penetrava todo o seu corpo. Uma de minhas pacientes achava que seus órgãos sexuais se estendiam até a cabeça e que seu cérebro habitualmente “inchava” como uma vagina.

Invadido por esse excesso, o sujeito esquizofrênico pode tentar negá-lo, recorrendo a médicos, procedimentos cirúrgicos ou práticas de autoflagelação para tentar transformar em menos o sinal de mais. Aqui, a libido priva a pessoa de qualquer senso de unidade corporal, e ela pode tentar desesperadamente restabelecer os limites do corpo, através de exercícios, idas à academia ou de uma atenção especial às roupas. Outra paciente achava que seu corpo estava se

dissolvendo, sem qualquer distinção entre o dentro e o fora. Tinha pavor de que seus órgãos internos literalmente saíssem do corpo. Para se salvar, comprou uma bolsa cara, pequena e compacta, o que lhe permitiu criar a sensação de espaço delimitado, em oposição a um espaço aberto. Embora ela nunca houvesse prestado atenção ao trânsito quando atravessava as ruas, por achar que ser atropelada seria um alívio, a partir daí passou a atravessá-las com cuidado – não para se proteger, segundo disse, mas para ter certeza de que a bolsa não sofresse nenhum dano.

Em outro caso, uma paciente esquizofrênica explicou que passara anos sem limpar seu apartamento: havia sangue, urina e fezes por toda parte, em meio a pilhas de lixo, roupas sujas e detritos. Preocupado com seu bem-estar, eu a incentivei quando ela teve a ideia de contratar uma faxineira, como se um tratamento cosmético de seu espaço pessoal pudesse ter algum impacto em seu estado mental. Ela sabia que devia fazer alguma coisa em relação às condições em que vivia, mas ao mesmo tempo tinha medo, porque para ela o apartamento era seu corpo: não era "como" o corpo, mas simplesmente era o seu corpo, e era por isso que ela precisava manter os eflúvios a seu redor, para ter certeza de saber onde ficava, efetivamente, o interior do corpo. Quando a faxineira entrou no apartamento, desencadeou-se o surto psicótico. A introdução de um terceiro no que era literalmente o seu corpo foi catastrófica: agora, segundo me disse, ela já não sabia onde ficavam seus órgãos internos. A divisão entre o dentro e o fora desmoronou, e ela teve a sensação de que seu corpo tinha sido desmembrado.

Essa preocupação com os limites corporais é crucial na esquizofrenia. "Meu corpo não teve as fronteiras marcadas", explicou um paciente, "não há uma substância separadora como a pele, como os outros têm. Qualquer coisa pode entrar, e entra, em qualquer ponto. Sou constantemente atacado." "Os órgãos que deviam estar dentro do meu corpo", continuou, "estão do lado de fora." Em certos momentos, a pessoa acha que partes do corpo foram trocadas pelas de outras pessoas, e vice-versa. "Houve uma mudança em meu corpo", informou uma mulher; parte de seu pulso tinha sido substituída pela de outra mulher, e agora ela temia que seu braço tivesse o mesmo destino. "Minha mão não me pertence", disse. "É como se as partes nojentas do corpo [da outra mulher] tivessem substituído as minhas." Essa paciente tinha que fazer violentos esforços para controlar o resto do corpo, protegendo-o da apropriação por terceiros.[22]

As alterações corporais na esquizofrenia podem assumir muitas formas diferentes: sensações de movimento no interior do corpo, de puxar ou empurrar, de calor ou frio, de órgãos ou partes do corpo que encolhem ou se ampliam, de desaparecimento de órgãos, de um excesso de energia vital ou de um

esgotamento completo, sensações de queimadura, coceira ou irritação localizadas num ponto ou em toda a superfície do corpo. O paciente pode queixar-se de que a parte afetada do corpo fica mais estreita, mais larga, achatada, inchada, ressecada, empelotada ou fora de lugar. Pode sentir-se aprisionado e comprimido por cordas ou pinças, ou achar que lhe estão introduzindo corpos estranhos, e ter ainda sensações de ressecamento, repuxamento, compressão ou deslocamento.

Essa inclusão da libido no corpo significa que o esquizofrênico preocupa-se constantemente com problemas de saúde, e explica por que é tão frequente essa psicose manifestar-se, de início, sob a forma de hipocondria. A pessoa pode consultar um clínico geral por causa de dores ou sensações estranhas, mesmo que não se evidencie nenhuma ideia delirante. Em geral, ela é despachada para uma consulta com um especialista, e os exames médicos podem prosseguir sem que jamais se reconheça o que está realmente em jogo. A sensação física pode localizar-se numa área definida, mas não está ligada a nenhum diagnóstico conhecido. Todavia, é possível encontrar pistas diagnósticas na maneira pela qual a pessoa descreve sua experiência: talvez ela use a mesma palavra ou expressão, que é repetida a diversos médicos, ou sua fala pode encher-se de sorrisos e imagens curiosas para tentar definir as sensações.

O afluxo da libido para o corpo torna-o presente demais, material demais; todavia, em alguns casos, vemos exatamente o inverso. O corpo é vivenciado como uma imagem bidimensional, e não como uma massa torturante e insuportável. Bleuler cita pacientes que se sentiam “um mero reflexo” deles mesmos, como se fossem “um desenho num livro”, ou que “se sentiam como um filme projetado numa parede”. A natureza bidimensional de uma imagem virtual converte-se na experiência efetiva que o sujeito tem do corpo. Depois de desencadeada a sua psicose, uma mulher descreveu que não conseguia reconhecer-se no espelho: “Eu via apenas o vazio. Eu não era nada além de uma ilusão. Queria quebrar o espelho, para matar a ilusão e ver a realidade.” Ela precisou passar horas sentada diante do espelho, repetindo seu nome, para se sentir religada a sua imagem.

Todos esses exemplos mostram um problema na construção da imagem corporal, como se a unificação do estádio do espelho não houvesse ocorrido. “Meu corpo não se mantém unido… meu pescoço e minha cabeça não estão ligados”, reclamava um homem. “Não existe nada além de meu peito. Minha barriga e o alto da minha cabeça estão abertos.” Essa instabilidade dos limites corporais pode incitar a regimes corporais como dietas, a idas à academia ou a um padrão de autoflagelação. Cortar ou queimar uma parte do corpo, como disse

um paciente, pode ser um modo de “fazer com que meu corpo seja meu”. Todas essas práticas podem ser tentativas de encontrar uma forma de habitar o corpo, e é obviamente perigoso tentar eliminá-las antes que se encontre alguma via alternativa.

A falta de consistência corporal, na esquizofrenia, sugere que as dimensões do imaginário e do real não foram firmemente ligadas ao simbólico. Não há nada que fixe a imagem do corpo, nenhum arcabouço interno que forneça uma estrutura. Assim, em alguns casos, a imagem visual pode simplesmente fugir, ou então o corpo é sentido como uma superfície externa com a qual a pessoa não tem qualquer ligação sólida. James Joyce descreveu uma experiência juvenil na qual foi atacado por um grupo de meninos, mas não sentiu nenhuma dor verdadeira: foi como se sua imagem corporal, em suas palavras, simplesmente fosse descascada. Enquanto o estádio do espelho solda nossa imagem a nós e a designa como nossa, na esquizofrenia isso é problemático: a pessoa pode literalmente confundir-se com outra pessoa, não reconhecendo seu corpo como próprio, ou sofrendo a intromissão do corpo de outra pessoa no seu.

Quando a integridade do corpo fica comprometida, na esquizofrenia, o suicídio pode afigurar-se uma solução, um modo de recriar uma fronteira do corpo. Como explicou a mulher anteriormente citada, “meus órgãos e minhas entranhas estavam do lado de fora, o que era tão intolerável que o impulso irresistível para encontrar algum alívio era pular pela janela, porque aí a esperança era que achassem um corpo lá embaixo, e então todas as entranhas podiam ser repostas do lado de dentro e costuradas, e aí eu seria enterrada direito”. Nesse caso, a ideia de suicídio tem menos a ver com morrer do que com ressituar os órgãos dentro do corpo, e depois, com a ideia de um enterro “correto”, indexá-lo simbolicamente. Outra paciente, desesperada para restabelecer a ordem no corpo, disse que “se eu me enforcar ou cair, pelo menos, desse jeito, meu corpo vai ficar inteiro”. Ela se mostrava fascinada com o contorno a giz que assinalava o espaço em que se havia encontrado um cadáver, nos seriados policiais de televisão, como se essa fosse a “solução suprema” para ela: contido e delimitado, esse desenho oferecia a “imagem perfeita” do que deveria ser um corpo.

A invasão do corpo pela libido, na esquizofrenia, e sua localização no perseguidor, na paranoia, podem ser contrastadas com a melancolia. Nesta, a libido não se situa no Outro nem no corpo como tal, mas na autoimagem da pessoa, no seu eu: ela é indigna, um desperdício de espaço, um lixo, e insiste nisso com um monólogo interminável de autodepreciação. Não é o Outro que está errado, como na paranoia, mas o próprio sujeito: é ele a causa das

calamidades do mundo. Em contraste com a dúvida neurótica – “Será que a culpa é minha?” –, o melancólico tem certeza de que alguma coisa, ou tudo, é culpa dele: “O culpado sou eu.” Conviver com o fardo impossível dessa culpa pode levar ao suicídio. É como se o sujeito melancólico levasse dentro de si uma falha ontológica primordial, e ele pode até ter que se sacrificar para garantir que o mundo seja salvo.

Nesse ponto, devemos observar que nem todos os casos de psicose em que a pessoa insiste em seus pecados são formas de melancolia. A autorrecriminação persistente pode ser, na verdade, uma forma de paranoia megalomaníaca, como assinalou Karl Abraham.[23] As declarações de culpa podem disfarçar uma paranoia, no sentido de o sujeito ser “o maior dos pecadores”. O caso de Ernst Wagner é um bom exemplo. Ele se condenava pelo crime indizível de manter relações sexuais com animais, e resolveu matar a família para eliminar os genes ruins que corriam o risco de ser transmitidos, mas não era melancólico. Percebemos isso pela direção externalizada de sua censura aos que supostamente o perseguiam e pelo ato de denominação dos perseguidores: os homens de Mülhausen.

É interessante assinalar que, tanto antes quanto depois dos assassinatos, Wagner escreveu poemas e peças que imaginou serem publicados ou encenados. Ele seria reconhecido, acreditava, como o maior dramaturgo da Alemanha. É difícil não ligar isto ao tema da paranoia: embora o mundo à sua volta o julgasse um pecador, com sua produção literária ele poderia ser julgado um grande autor, como se esta última glorificação formasse um contraponto a sua condenação igualmente delirante. Como veio a escrever mais tarde, “deixando de lado o campo do sexo, eu era o melhor homem entre todas as pessoas a quem já havia conhecido” – um homem que queria ser julgado apenas pela perspectiva da arte, já que, nesse campo, não mais era prisioneiro daquilo que tinha vivenciado e sofrido.

POR QUE A UBIQUIDADE desse tema da exceção, na psicose? Seja como herói, seja como bode expiatório, o sujeito ocupa um lugar singular especial. É importante não interpretarmos isso, com demasiada precipitação, como um delírio de grandeza. Como observou Bleuler, todos os reis e imperadores, papas e redentores de suas enfermarias ficavam perfeitamente felizes executando tarefas subalternas.[24] A Noiva de Cristo lavava a roupa sem reclamar, o Rei ficava satisfeito em trabalhar na lavoura. Apesar de sua posição elevada, o Filho de Deus ou o Papa eram capazes de falar de sua situação com perfeita indiferença.

Como se poderia explicar essa evidente contradição?

Embora os delírios de grandeza certamente existam, eles são uma subclasse de todos os delírios que visam dar ao sujeito o lugar da exceção. Como assinalou Arthur Burton, já se vão muitos anos, o narcisismo que a pessoa talvez pareça exibir aí é mais existencial do que egoísta.[25] Ela está menos interessada em inflacionar seu eu do que simplesmente em sobreviver. E sobreviver implica criar um espaço singular individual que não seja parte de um conjunto ou grupo preexistente. Podemos pensar aqui em todas as fantasias que as crianças fazem de ter uma casa dentro de casa, um cantinho ou esconderijo especial que esteja ligado a uma casa ou jardim da família, mas não faça parte deles. Na psicose, isso não é um capricho infantil, mas uma necessidade.

Por que a criação desse espaço teria uma função tão importante na psicose? A ideia do senso comum é que essa é uma mera transformação dos delírios de perseguição: "Já que estão todos me atacando, devo ter algum segredo, dom ou poder especiais." Schreber explica que, "havendo Deus entrado numa conexão nervosa exclusiva comigo, … eu me tornei o único homem que absorve todo o Seu interesse, ou simplesmente o ser humano em torno de quem tudo gira, com quem tudo o que acontece deve estar relacionado, e que, portanto, por seu ponto de vista, também deve relacionar tudo consigo mesmo". Assim, a ideia que o sujeito faz de si parece decorrer do lugar que ele ocupa para o Outro.

Foi essencialmente essa a lição de Theodor Meynert, Carl Wernicke e alguns dos psiquiatras franceses do fim do século XIX, que viram os delírios de grandeza como racionalizações de delírios de perseguição.[26] Clinicamente, entretanto, essa sequência é incomum. E, de fato, se tivesse que haver um processo dedutivo, seria esperável que a maioria das ideias de perseguição se transformasse em ideias de grandeza.[27] A explicação deve estar noutro lugar. Será que o lugar da exceção não fornece à pessoa uma solução para a questão infantil do que ela é para o Outro, uma forma de situar sua existência como envolvida no mundo que ela habita, mas também *externa* a ele? O excesso de inclusão é sentido como insuportável e, por isso, é preciso construir um espaço seguro noutro lugar, no lugar do terceiro que nunca esteve presente para o sujeito.

A ideia de Schreber de ser o gerador singular de uma nova raça foi tanto uma solução para suas terríveis experiências de perseguição quanto a criação de um espaço dessa natureza: ele passou a ocupar uma posição que fazia sentido e que, para ele, era lógica. O lugar da exceção era o lugar de proporcionar o que faltava ao Outro: a Ordem do Mundo tinha sido rompida e, por isso, alguém teria de entrar no espaço necessário para restabelecer o equilíbrio. Ele entrou nesse

espaço logicamente necessário, ou, para ser mais exato, imaginou que era esse o seu futuro.

É frequente fazermos essa constatação no projeto de sujeitos psicóticos que inventam coisas. Quer se trate de uma ideia nova nos negócios ou de algum aparelho, a pessoa compreende o que falta no mundo e se esforça para oferecê-lo. Para além do que pode afigurar-se, à primeira vista, uma simples busca de recompensa financeira, é comum haver uma lógica subjacente de calcular o que falta ao Outro e produzir algo que o preencha. Trata-se de um modo de interpretar o desejo do Outro não em termos de perseguição, mas de falta. Enquanto o paranoico pode aspirar a completar o Outro, ele próprio, o esquizofrênico é com frequência mais cauteloso: o projeto situa-se no futuro, de modo que ainda existe um espaço vazio que o separa do Outro.

Em contraste com esses casos, existem verdadeiros delírios de grandeza, e é comum encontrarmos uma história infantil de uma mãe que valoriza o filho e depois o abandona. Esse ritmo é ecoado na alternância rápida das ideias de ser de grande valor e de ser vazio e desprezível. Ao explorarmos essas ideias, constatamos que a pessoa comumente se liga a uma outra pessoa com quem se identifica, de uma espécie de maneira mágica, como se literalmente fosse essa outra pessoa. Uma paciente me disse que não precisava ir a uma recepção porque uma certa celebridade estaria lá. Quando lhe perguntei o que queria dizer, ela me explicou que a presença desse homem significava que ela estaria presente. A separação dessa figura ou a perda dela podem resultar não numa depressão melancólica, mas no suicídio. Em termos clínicos, é extremamente difícil trabalhar com esse aspecto da psicose, uma vez que o Outro é sumamente vital mas, ao mesmo tempo, sumamente destrutivo para o paciente. Muitas vezes, a pessoa não faz nada na vida, uma vez que o Outro fica em seu lugar, numa situação que pode se tornar insuportável, tanto na fase maníaca quanto na depressiva.

Na euforia maníaca, tudo parece possível, e a pessoa tem a sensação de uma comunhão com o mundo, de fazer parte de outra pessoa ou processo. Em *A noviça rebelde*, na cena de abertura, a irmã Maria explica por que se atrasou para suas obrigações no convento: lá fora, na montanha, diz, ela se sentia realmente parte da natureza. Podemos contrastar essa alegria contagiante com as ideias de grandeza às vezes encontradas na esquizofrenia, quando o sujeito não necessita do mundo e pode perfeitamente retrair-se dele. Na paranoia, as coisas são muito diferentes, já que as ideias verdadeiramente paranoicas raras vezes aparecem como estados de espírito: é por isso que a pessoa pode ser calma e calada e, de repente, como vimos no caso de Ernst Wagner, matar alguém. Até que a área

paranoide seja tocada, tudo parece normal.

4. Linguagem e lógica

COMO PODERÍAMOS EXPLICAR algumas dessas diferenças entre as psicoses? Se na paranoia e na esquizofrenia existe a ideia de sofrer uma ação que vem de fora, por que essa influência pode literalmente penetrar na pessoa, no caso da esquizofrenia, retirando-lhe o pensamento e o corpo? O deprimido pode nos dizer que anda e come como se fosse outra pessoa a fazê-lo, e se sente desligado de seus atos, mas na esquizofrenia pode haver a ideia de que o indivíduo é efetivamente *levado* a fazer essas coisas. Essa é uma diferença crucial. As ações, assim como os sentimentos e os pensamentos, podem ser produzidas de fora para dentro, em vez de apenas vivenciadas como distantes.

O que, em primeiro lugar, age sobre nós de fora para dentro? Quando bebês, são os que cuidam de nós, aqueles em cujo discurso nascemos. Dependemos deles quase totalmente, e nossa própria subjetividade tende a ser afirmada e formada através de atos de recusa. Quando dizemos não a que eles nos alimentem, por exemplo, mostramos ser diferentes deles, mostramos não ser simplesmente suas marionetes. Se podemos fazer isso através da ação, também podemos fazê-lo através da fala, mas isso se complica pelo fato de que a fala, no início, vem deles. Aprendemos as palavras através deles, e, se admitirmos que o pensamento depende de estruturas verbais, nosso pensamento, em certo nível, também deriva deles.

Como afirmou Freud numa discussão, depois de Viktor Tausk apresentar um artigo sobre a ideia da influência externa na esquizofrenia, “a concepção do bebê de que os outros conhecem seus pensamentos tem sua fonte no processo de aprendizagem da fala. Tendo obtido de terceiros a linguagem, o bebê também recebeu pensamentos deles; e assim o sentimento da criança de que os outros conhecem seus pensamentos, bem como de que os outros ‘fizeram’ a linguagem para ela, e, junto com esta, os seus pensamentos, tem certa base na realidade.”[1]

Como disse uma esquizofrênica, quando ela era mais jovem, o pai sabia ler seus pensamentos e os havia retirado dela, com toda razão.[2]

Jean Piaget também observou que, como os adultos, aos olhos das crianças, parecem saber muito mais do que elas e ter uma habilidade verbal muito maior, elas podem supor que a gente grande também conhece seus pensamentos.[3] Isso é reforçado pelo fato de que os adultos procuram igualmente compreendê-las e prever suas ideias e desejos. O momento-chave, portanto, ocorre quando a criança se dá conta de que o adulto não conhece seus pensamentos, e isso se reflete na relação das crianças com a verdade. Se elas podem contar mentiras, isso significa que não estão sob o controle dos pais: criam um espaço que é unicamente seu, e é por isso que a maioria delas atravessa uma fase de brincar com a verdade. Podem omiti-la, retardá-la ou contradizê-la francamente. Por meio desse processo, o domínio dos responsáveis sobre os pensamentos da criança se enfraquece, quando não é simplesmente impedido.

Na esquizofrenia, entretanto, essa dominação nem sempre é rompida, o que pode afetar o corpo e a mente. A pessoa pode ter a sensação de ser enganada, hipnotizada, invadida, manipulada e privada de sua vontade. Enquanto o paranoico dispõe de um limite de seu corpo e de seus pensamentos, o esquizofrênico pode sentir-se submetido a uma força externa que o controla e que pode abandoná-lo a qualquer momento. Fica na situação de um objeto usado por um Outro poderoso, talvez com a ideia de ser um joguete passivo dele, tema que raramente encontramos na paranoia. Como observou Kraepelin, na paranoia não existe a ideia de uma abolição da vontade.

Essa aparente ausência de vontade, entretanto, está ligada à questão da linguagem. Na esquizofrenia, existe uma permeabilidade à linguagem, como se as palavras e imagens surtissem um efeito direto. Alguns sujeitos esquizofrênicos obedecem a qualquer ordem ou sugestão que venha de fora, e essa é uma das razões por que é tão comum parecer que eles tiveram uma infância feliz e sem maiores incidentes. O fato de fazerem tudo o que lhes ordenam, numa obediência contínua e passiva, elimina os dramas que tendem a pontuar a infância de outras pessoas. Um paciente de Arieti costumava parar, quando estava andando, toda vez que via uma luz vermelha, e quando via uma seta seguia a direção indicada. Quando não via nenhum sinal, ficava imobilizado.[4]

A obediência, nesse caso, não tem nenhum dos conflitos que poderíamos esperar: ressentimento, protesto ou vergonha. Em vez disso, as palavras são seguidas como instruções: a pessoa pode fazer ioga porque uma revista o recomendou, casar-se porque os amigos assim a aconselharam ou procurar um

terapeuta porque alguém lhe sugeriu essa ideia. Como assinalou Serge Leclaire, é como se as setas de um carro dissessem ao motorista para onde ir, em vez de indicarem o que ele vai fazer.[5] Um rapaz me disse que havia esfaqueado um professor da escola simplesmente porque outro garoto lhe pedira que o fizesse. Não alimentava nenhuma hostilidade especial contra esse professor, mas, ao ouvir a ordem do outro menino, era como se não tivesse outra alternativa senão obedecer. Ao atacar sua vítima, sentira-se como uma máquina, sem emoção nem sentimento.

Essa permeabilidade pode funcionar em diversos níveis. Andy Warhol explicava sua tez peculiar como uma perda de pigmentação: “Vi andando na rua uma moça que era bicolor, e fiquei tão fascinado que continuei a segui-la. Dois meses depois, eu próprio também tinha duas cores. E sequer havia conhecido a moça – ela era apenas alguém que vi na rua. Perguntei a um estudante de medicina se ele achava que eu havia pegado aquilo simplesmente por olhar para ela.”[6] Há algo de direto nisso, como se uma coisa pudesse simplesmente causar a outra, o que talvez encontre eco nas concepções populares da doença: a pessoa tem tal problema em função de tal causa. A rede complexa de fatores predisponentes, condições e causas precipitantes é apagada.

Também observamos essa permeabilidade nos casos de *folie à deux*, nos quais duas pessoas parecem compartilhar o mesmo sistema delirante. Houve época em que os psiquiatras se intrigavam com esse fenômeno e separavam os dois sujeitos, para ver se o delírio persistia. Muitas vezes se constatava que, uma vez separados, um deles percebia o “erro” a que fora levado pelo parceiro dominante. Com igual frequência, porém, era possível observar que o reconhecimento do erro substituía o delírio “equivocado” com uma rapidez suspeita: na verdade, a permeabilidade da pessoa não se alterava, embora o delírio houvesse mudado. Ela passava a acreditar numa outra pessoa, que lhe dizia que ela estivera iludida. Portanto, a cura – reconhecer o absurdo do delírio e abandoná-lo – pode ser o próprio sinal da loucura.[7]

Mas por que essa permeabilidade à linguagem? Embora todos sejamos moldados e orientados, até certo ponto, pelos discursos em meio aos quais nascemos, a falta de mediação na esquizofrenia é notável. Há quem descreva uma força externa que penetraria diretamente no sujeito. Quando esta provém, antes de mais nada, de um dos pais, isso sugere que a criança permaneceu grudada às ideias e palavras desse indivíduo, sem conseguir separar-se delas. Essa apropriação também ocorre no nível do corpo. Anna Freud observou que o corpo do bebê, no início da vida, é objeto de outra pessoa.[8] O responsável por ele detém um poder absoluto sobre esse corpo, ao cuidar dele e lhe dar atenção. Há

processos externos e internos que se ligam a esse Outro. A sensação de fome, por exemplo, é inseparável da vontade do cuidador: se sentimos fome, não é apenas por não nos termos alimentado, mas porque o Outro não nos alimentou. A maioria das sensações internas liga-se de forma similar ao cuidador, como se ele tivesse o poder de responder. Assim, o Outro fica intimamente vinculado ao nosso corpo real, tanto interno quanto externo, de modo que o que acontece em seu interior depende dessa pessoa. Esse fato deve ter importância especial na esquizofrenia, em função não apenas das sensações corporais bizarras que constatamos nela, mas também da atribuição dessas sensações a influências externas. Afinal, é somente na esquizofrenia que encontramos distúrbios da volição, como se a nossa vida íntima – nossos pensamentos e nosso corpo – não nos pertencesse, o que é um dado ausente na paranoia.

Se o simbólico não separou o filho e sua mãe, este permanece incluído nela. Como disse um paciente, “olho para meus braços e eles não são meus. Eles se mexem sem minha orientação. Uma outra pessoa os mexe. Todos os meus membros e os meus pensamentos estão presos a cordas, e essas cordas são puxadas por outras pessoas.”[9] Aqui, o Outro está presente dentro do sujeito, que pode fazer o melhor possível para forçá-lo a sair, através da automutilação ou, em alguns casos, do suicídio. Como observou Gisela Pankow, esses suicídios mostram menos uma tentativa de matar a si mesmo do que de matar alguma coisa dentro de si.[10]

Esses casos nos mostram que o sujeito permaneceu demasiadamente ligado ao Outro, incapaz de estabelecer fronteiras adequadas. A simbiose, aqui, não é simplesmente com o corpo de outra pessoa, mas também, como assinalou Lacan, com os significantes provenientes do Outro, com as ideias, o discurso e a fala dele. É por isso que muitas vezes nos impressionamos com narrativas idênticas numa família: tanto os pais quanto o filho descrevem a história familiar, ou algum fato dela, exatamente da mesma maneira, como se um único discurso tivesse sido engolido por inteiro. Há uma espécie de ventriloquia de uma geração para outra.

Piera Aulagnier descreveu o caso de Jeanine, uma esquizofrênica que estava catatônica quando a psicanalista começou a trabalhar com ela num contexto hospitalar. Pouco a pouco, Jeanine conseguiu falar de sua vida, mas suas palavras pareciam espelhar as de sua mãe com exatidão. A versão que ela deu de sua criação foi perfeitamente igual à descrição materna, tendo atribuído aos acontecimentos a mesma significação que a mãe lhes dera. A mãe tinha sido muito boa, trabalhando abnegadamente pelos filhos, e Jeanine tinha sido uma boa menina, alegre, sem nenhum grande problema até sua hospitalização, muitos

anos depois.

À medida que começou a se lembrar de mais detalhes da infância, Jeanine descreveu que a mãe costumava fechá-la com a irmã dentro de um armário, para protegê-las da possibilidade de um encontro com o pai, que tinha sido banido de casa. Lembrou-se também de que, durante anos, ela e a irmã haviam passado várias horas amarradas pela mãe à mesa da sala de jantar, para serem protegidas dos alfinetes que ela usava em seu trabalho de costureira. Jeanine descreveu essa cena sem qualquer emoção, e quando Aulagnier lhe sugeriu que aquilo devia ter sido doloroso, respondeu com convicção que fora necessário para protegê-las.

É claro que, em certo nível, isso era verdade. Amarrar as filhas aos pés de uma mesa realmente as protegeria de se machucarem com as muitas agulhas e alfinetes que havia por perto. No entanto, a ideia de que, ao longo dos anos, a mãe pudesse ter encontrado outra solução não ocorreu a Jeanine. Ela não conseguia questionar o significado dessas cenas da infância, mas, em sua psicose, atribuía aos perseguidores a intenção de amarrá-la à sua cama e então matá-la. A televisão falava com Jeanine, em especial as cenas de violência que envolviam alguém sendo imobilizado. Ao ver a imagem de um explorador amarrado a uma árvore, prestes a ser escalpelado, ela a interpretou como uma mensagem de que teria o mesmo destino. Seus médicos, disse, queriam "imobilizar meu corpo e meus pensamentos, para poder me impor esse castigo".

Ligar isso às cenas infantis produziu um alívio instantâneo em Jeanine, mas ele durou estritamente apenas o tempo da sessão, o que mostrou que a significação que Aulagnier tentara transmitir-lhe não pôde ser integrada em seu psiquismo, retornando, em vez disso, sob a forma de suas ideias delirantes. Aqui, a marca da psicose não é apenas essa ideia inassimilável, mas a concordância com o discurso materno. O fato de Jeanine não ser capaz nem mesmo de pensar em questionar a versão dos acontecimentos de sua infância dada pela mãe mostra uma simbiose, não com o corpo físico da mãe, mas com sua fala e suas ideias.[11]

A RELAÇÃO COM A LINGUAGEM tem sido estudada com frequência na psicose, e podemos novamente contrastar a paranoia com a esquizofrenia. A condensação cristalizada do sentido que encontramos na paranoia é muito diferente da polissemia, da abundância de significações encontradas na esquizofrenia. Os sujeitos esquizofrênicos certamente estabelecem ligações para produzir sentido, para tentar explicar o que acontece com seu corpo ou compreender as vozes que ouvem, mas muitas vezes esses esforços são insuficientes. Quando a significação estabelecida pelo complexo de Édipo está ausente, a pessoa fica à mercê de um

excesso de significações, o que às vezes pode resultar numa grande habilidade literária e poética, porém em muitos casos faz a pessoa sentir-se sobrecarregada e invadida pelas significações. É como se as tarraxas que ligam o significante ao significado se soltassem e a pessoa não conseguisse tornar a prendê-las mediante a construção de um delírio.

Infelizmente, na psiquiatria da corrente dominante, grande parte das pesquisas sobre a linguagem e a psicose envolveu experimentos que infantilizam os sujeitos e interpretam mal as questões fundamentais. Pede-se a pessoas com diagnóstico de psicose que definam termos como “mesa” ou “cadeira”, ou que disponham palavras em grupos, ou definam provérbios. Como talvez não seja de admirar, esses testes mostram alguma falha ou deficiência no sujeito psicótico, mas o absurdo intrínseco dessa tarefa parece haver escapado à maioria dos pesquisadores. Afinal, o que significaria o sujeito ser solicitado pelo experimentador a definir uma palavra?

Essa pergunta crucial não é levada em conta no material. Quando Silvano Arieti perguntou a uma paciente “O que é a vida?”, ela respondeu: “Preciso saber a que ‘vida’ o senhor está se referindo: à *Life Magazine* [Revista Vida] ou à pessoa querida que pode fazer outro indivíduo feliz?” De início ele viu essa resposta como um exemplo de “pensamento esquizofrênico”, mas depois a compreendeu de maneira diferente: “O senhor está pedindo a mim, uma pessoa que se formou no curso médio, para definir o que nem mesmo Lineu e Darwin seriam capazes de definir?”[12]

Quando Arieti pediu à mesma paciente para definir um tolo, ela respondeu: “Um tolo é tolo quando um tolo chama um tolo de tolo.” Ele encarou isso como uma iteração psicótica da mesma palavra, mas depois percebeu que a paciente estava aludindo ao fato de que ele era um tolo se achava que ela era tola por ser paciente psiquiátrica. Arieti levou muitos anos para apreender isso, mas experimentos como esses persistem até hoje, sem qualquer reconhecimento do que ele acabou por compreender. Os resultados negativos desses testes fazem lembrar a conclusão de Richard Neuhaus de que as pessoas das ilhas dos Mares do Sul tinham a visão pior que a dos europeus, uma vez que não se saíram bem quando ele as testou com os gráficos oftalmológicos ocidentais de letras que tinha levado consigo.

Além de tratarem os sujeitos experimentais como crianças, esses testes desconhecem a questão de com quem se está falando. Como assinalou Gregory Bateson, o sujeito psicótico tem especial consciência dos processos metalinguísticos: quando alguém diz alguma coisa, há não só a consideração do “conteúdo” do que é dito, mas também, significativamente, surge uma pergunta:

“Você está me dizendo isto agora, mas por que o está dizendo?”[13] Quando a mãe de Louis Wolfson lhe disse “Pode me dar uma folha de papel, por favor?”, ele dedicou nada menos do que doze páginas de suas memórias a uma análise do que poderiam significar tais palavras. Dada essa sensibilidade, o que seria mais natural do que fazer essa pergunta, na situação de teste: “Você me trouxe a uma sala especial e está sentado aí, com um bloco de anotações ou um gravador, me perguntando o que é uma mesa, ou o que é a vida. O que você quer, realmente?”

É interessante ver como a questão de com quem se está falando tem nuances diversas nas diferentes formas de psicose. Os primeiros pesquisadores achavam que, no chamado “discurso esquizofrênico”, as palavras eram ligadas a outras palavras por meio do som, e não por meio de uma orientação do sentido ou uma mensagem que estivesse sendo transmitida. Como disse Louis Sass, “em vez de serem guiados por um sentido geral da significação pretendida, o fluxo e o sentido da mensagem são predominantemente determinados por aspectos intrínsecos e em geral irrelevantes do sistema linguístico”.[14] É como se as necessidades do ouvinte fossem negligenciadas. Isso foi explicado, algumas vezes, em termos de um excesso de possibilidades do falante, de tal modo que a pessoa não consegue falar nem agir, como que paralisada pela multiplicidade de opções.

É comum ouvirmos que os pacientes pulam de uma ideia para outra. Pode haver estranhezas no ritmo da fala, nas mudanças repentinas, não esperadas pelo ouvinte, e referências alusivas. Bleuler frisou as interrupções na fala, as quais acreditava indicarem uma suspensão do pensamento. Como disse um de meus pacientes, “não é que eu resolva parar de pensar, ou que eu queira bloquear alguma coisa: é só que há uma emenda. Como uma emenda de cinema: primeiro vem uma coisa, depois vem outra.” A emenda pode ser entendida como um efeito de foraclusão: quando o falante se aproxima de um sentido que não pode ser assimilado, abre-se um buraco. Daí a passagem súbita para outro tema ou ideia.

As referências alusivas sugerem outra dificuldade subjacente. Falar envolve ajustar nossas palavras e nossa compreensão à pessoa com quem estamos falando. Incluímos nosso interlocutor no que dizemos, através do tom que adotamos, do modo como falamos e da mensagem que pretendemos transmitir. É por isso que às vezes podemos ficar nervosos: nossas palavras saem mal, por termos demasiada consciência de como podem ser julgadas pela pessoa a quem se dirigem. Mas, seja qual for a situação, o outro está sempre presente ao falarmos, e precisamos disso para poder dizer seja o que for. Além do ouvinte de carne e osso, esse outro também evoca uma função mais abstrata, um lugar no

discurso do qual podemos ser ouvidos: o Outro com “O” maiúsculo. Quando um amigo me disse “Arranjei um emprego novo, não é?”, essa função foi incluída na oração sob a forma da expressão “não é?”. Ela menos indicou a especificidade do ouvinte do que um lugar inscrito na fala, necessário para definirmos nossa própria posição. Como dizem os teóricos da comunicação, as palavras não apenas definem o mundo, como definem quem as emprega.

Lacan chamou a atenção para esse Outro presente na fala e seus efeitos na direção do sentido.[15] Havia um problema com esse processo na psicose, e a dificuldade ou impossibilidade de incluir o Outro tinha como uma de suas consequências que o ouvinte não era codificado na fala do sujeito. O homem com quem eu costumava conversar na comunidade terapêutica nunca me disse “Eu moro em Xamara, não é?”. Isso talvez fizesse parecer que o falante estava alheio à pessoa com quem falava. O sentido não seria construído à medida que a pessoa falasse, confiando no Outro para orientá-lo e moldá-lo, mas chegaria como que pré-formado. Em algumas ocasiões, poderia assumir a forma de uma alucinação. O falante seria apanhado numa conversa cotidiana vazia e sem sentido, sem nenhum centro simbólico, ou talvez fosse alvo de uma comunicação divina. Estar na primeira dessas posições tornaria o indivíduo ainda mais receptivo à sugestão e à permeabilidade que discutimos anteriormente. Do mesmo modo, o ouvinte ficaria na posição de uma casca vazia, de uma espécie de boneco, ou de uma presença radicalmente estranha e potencialmente ameaçadora.

Essa dificuldade de situar o Outro pode afetar não apenas o lugar do ouvinte, mas também, de modo muito radical, o lugar do próprio falante. Afinal, é através do Outro que encontramos nossa posição na fala. Quando isso fica comprometido, a própria referência do pronome pessoal pode ser posta em dúvida. Num célebre exemplo discutido por Lacan, a paciente não sabia ao certo quem era o “eu” mencionado em sua frase “Eu venho do salsicheiro”. Constatamos isso com bastante frequência nas alucinações auditivas, nas quais um pronome é vivenciado como alusivo: quando lhe perguntam quem ele designa, o sujeito hesita, muito embora saiba que a frase alucinada, ou a frase que contém o pronome, diz respeito a ele. A vacilação, nesse caso, foi lindamente evocada por uma paciente, quando ela disse que era incapaz de despachar uma carta porque “não havia ninguém de quem mandá-la”. Não foi um lapso de linguagem – com o “de” substituindo o “para” –, foi exatamente isto que ela pretendeu dizer: simplesmente não havia um lugar do qual ela pudesse falar. O “eu” era um buraco para ela.

É importante reconhecer que os problemas de linguagem que estamos

discutindo não estão, de modo algum, continuamente presentes nos esquizofrênicos. Na maioria das vezes, o sujeito esquizofrênico fala como qualquer pessoa, e só em certos momentos é que isso se modifica. As muitas generalizações feitas sobre a linguagem psicótica só são aplicáveis, na verdade, a certos casos e em certos momentos. É comum ouvirmos dizer, por exemplo, que no esquizofrênico as palavras são tratadas como coisas reais, porém, mais uma vez, isso só se aplica a algumas palavras em algumas circunstâncias.

Num famoso episódio relatado por Tausk, uma moça acreditava que seus olhos estavam virados. Explicou isso por meio de uma série de censuras ao namorado: não conseguia entendê-lo, ele sempre parecia diferente, era um hipócrita, um "virador de olhos" ("*Augenverdreher*"). Este último termo significa "enganador", e ela havia passado dessa expressão para a ideia de que o rapaz tinha virado seus olhos, e de que ela assim os tinha agora. A expressão, para ela, tornara-se literal, uma vez que as palavras haviam moldado diretamente sua experiência do corpo. Esse tipo de transformação foi visto como um exemplo do pensamento concreto: como observou Bleuler, quando dentro do sujeito esquizofrênico arde um amor secreto, ele pode acreditar que alguém o está queimando com fogo de verdade.

Em outro exemplo, um menino foi mandado ao médico da família por causa de seu nervosismo na época do divórcio dos pais. O médico lhe explicou que ele estava com os "nervos ruins" e que os nervos eram como minhocas embaixo da pele. O menino passou a molhar as mãos e o rosto na água, vinte a trinta vezes por dia, e se constatou que, por causa das pescarias, ele sabia que as minhocas explodiam quando ressecavam. Por isso, tinha que manter seus nervos perpetuamente molhados. O menino havia entendido literalmente a metáfora do médico, e esse tipo de processo não é infrequente na psicose.[16] Uma carta é recebida com uma mancha e o destinatário interpreta isso como um sinal de que há uma mancha em seu caráter. Sérieux e Capgras discutiram o caso de uma mulher que examinava toda a sua correspondência, interpretando a pontuação de modo literal. Quando seu irmão lhe escreveu "Desejamos tuas melhoras" ("*Nous désirons ta guérison*"), ela notou que o ponto (o "*point*") no fim da frase era inusitadamente grande, o que lhe permitiu reler a frase como "*Nous ne désirons point ta guérison*" ("Não desejamos tuas melhoras"). Portanto, as palavras e até a pontuação foram lidas literalmente, e não como tropos convencionais ou figurados.[17]

Como podemos entender essa forma de leitura? Arieti fala em concretização ativa: o paciente que acha que sua mulher está desgraçando sua vida começa a sentir um gosto estranho na boca ao comer a comida preparada por ela; a ideia

de que a mulher está envenenando sua vida transforma-se, na percepção, no gosto estranho, que indica que ela está pondo veneno na comida do marido. Outro paciente se vê como uma pessoa podre e alucina um cheiro repulsivo saindo de seu corpo. Não se trata de um processo metafórico, pois o mau cheiro não simboliza coisa alguma: é apenas o equivalente do seu próprio ser. Como observou Arieti, o cheiro poderia ser um símbolo, para nós, do que ele sente a seu próprio respeito, mas não o é para ele.[18]

É nesse ponto que os teóricos costumam invocar a distinção entre o abstrato e o concreto, como se a ideia abstrata de ser podre se transformasse na ideia concreta do odor. O que não pode ser sustentado num nível abstrato transforma-se numa representação concreta.[19] Kurt Goldstein achava que a "linguagem esquizofrênica" envolvia um enfraquecimento do pensamento abstrato. O esquizofrênico, afirmava-se, não conseguia pensar em termos gerais sobre uma abstração como "a mesa", mas apenas numa mesa específica. O conceito não podia ser extraído de suas encarnações reais. Essa ideia, bastante absurda, é refutada pelo exemplo que citamos acima, como destacou Maria Lorenz: a resposta da paciente de Arieti mostra uma apreensão perfeita da distinção entre o concreto – a revista *Life* – e o conceitual: a vida afetiva do sujeito.

Neste ponto, também poderíamos pensar em Joey, que num dado momento desistiu de chamar os alimentos pelo nome "correto" para criar novos grupos. O açúcar passaria a ser "areia", a manteiga, "gordura", a água, "líquido", e assim por diante. Ele privou a comida do sabor e do aroma e abstraiu essas qualidades físicas de suas fontes nutritivas. Bettelheim viu nisso não um sinal de déficit, mas uma realização exitosa de Joey, que fez a linguagem refletir sua experiência de um mundo empobrecido.[20]

Todavia, a própria distinção entre o concreto e o abstrato é pouco proveitosa, em última instância, pois o que se classifica como abstrato e concreto depende dos falantes, dos contextos, das culturas e de muitos outros fatores. Pode não haver nada de abstrato na expressão "a vida afetiva da pessoa", assim como *Life Magazine* pode ser concreta num momento e abstrata em outro, indicando uma certa visão de mundo ou um status social, por exemplo. Quando um paciente que se sente invadido por sons e ruídos os descreve como "dedos entrando na minha cabeça", chamar isto de abstrato ou concreto não vem ao caso. O que importa é como a pessoa usa essas palavras, o lugar que elas têm em seu discurso. E era isso, com efeito, que interessava à antiga psiquiatria.

Os psiquiatras do fim do século XIX prestaram enorme atenção ao modo como

os sujeitos psicóticos usavam as palavras. Tinham um interesse especial pelos neologismos – as palavras criadas que com tanta frequência pontuavam a fala dos pacientes. “Fui luciferado”, dizia um paciente. “Sou insuportado”, dizia outro. Enquanto os significados sempre se referem a outros significados, o neologismo é discordante, fixo e não receptivo a alterações e mudanças de significação. Essas palavras são isoladas e têm um peso especial, diferente do resto da fala da pessoa. Jules Séglas notou que, embora frequentemente se criem palavras novas na psicose, o neologismo também pode ser uma palavra do cotidiano que tenha assumido um sentido pessoal especial para o sujeito.[21] Um paciente explicou que sofrera abusos quando criança e agora queria ser “desabusado” por meio da terapia. Poderíamos ver nisso um simples erro de aprendizagem, um uso incorreto de uma palavra, mas a chave está sempre no modo como a pessoa a utiliza, no ponto em que ela reaparece em sua fala.

Em vez de ver os neologismos como sintomas primários de psicose, Jung afirmou que eles eram, na verdade, tentativas de recuperação. Visavam a circunscrever uma experiência para o sujeito, como demonstrou claramente a categorização dos neologismos psicóticos feita pelo psiquiatra italiano Eduardo Tanzi. Ele dividiu os neologismos em alguns grupos: os que designavam pessoas ou seres simbólicos num mundo delirante; as forças ou máquinas de que eles dispunham; os meios e os processos de ação a que podiam recorrer; os estados mentais do próprio sujeito; os termos que designavam o sujeito; e as qualidades que eles se atribuíam.[22] Essa classificação é convincente, pois mostra que os pontos em que o psicótico tem que inventar, tem que criar novos significantes que possam ter uma função de denominação limitadora, são exatamente os pontos em que ele fica à mercê do Outro.

A classificação mostra que as palavras se reúnem em torno da relação do Outro com o sujeito, das maneiras como o Outro pode agir sobre ele, influenciá-lo, persegui-lo ou invadi-lo. Essas palavras especiais, portanto, surgem no ponto exato em que o sujeito é um objeto para o Outro. Num caso discutido por Yrjö Alanen, o paciente descreveu que vinha recebendo mensagens de pessoas a seu redor, numa linguagem ambígua que ele chamava de “linguagem de segundo grau”.[23] Ele se sentia como um “robô” cuja vida estivesse sendo controlada por terceiros, cuja “linguagem de segundo grau” gerava “variações de pressão” em seu corpo. Essas expressões faziam parte de uma linguagem privada, inventada por Eric para dar nome aos sentimentos de invasão e ameaça à sua integridade. Ele acrescentou outras expressões, como “regulação da pressão”, para designar a ação produzida nele pelos colegas de trabalho, e “esburacadores”, para aqueles que não queriam compreendê-lo. Essas linguagens às vezes podem ser

incrivelmente semelhantes às da psicologia convencional, ou até usar categorias existentes. O paciente de Alanen não precisou de hospitalização e funcionava muito bem em seu meio social, e podemos supor que foi a cunhagem de suas novas palavras que o ajudou a fazer isso. Como disse uma das pacientes de Jung, seus neologismos eram “palavras de poder”.[24]

Se na esquizofrenia o significado é deslizante e sem âncoras, os neologismos podem funcionar no sentido de bloquear a deriva dos significantes e amarrar a libido. É por essa razão que eles parecem ter um peso tão grande. Como percebeu o psiquiatra Karl Kleist, é o uso da palavra que importa, a sua função de vedar vias associativas, e era por isso que ele chamava esses neologismos de “palavras de rotina”.[25] Isso significa que, em vez de tentar “corrigir” os neologismos da pessoa, é muito mais benéfico conferir-lhes dignidade, aprender mais sobre eles e valorizá-los. As palavras novas devem ser criadas para designar aquilo a que nossa linguagem não pode se referir, exatamente do mesmo modo que os cientistas e os estudiosos com frequência cunham novos termos para designar um fato ou um fenômeno novos: os neologismos do psicótico devem receber o mesmo valor. Aliás, é comum constatarmos que há uma correlação entre a criação de termos neológicos e a redução das alucinações do sujeito.

Em determinado caso, uma mulher repetia sem parar a palavra “mencasado”, uma corruptela de “ele é um homem casado”, o que, por sua vez, se referia a um romance infausto em que estivera envolvida.[26] A palavra, nesse caso, assumiu o lugar de uma situação não simbolizada, como um cunho ou uma chancela sumamente individuais dentro da fala. Podemos encontrar outro exemplo no trabalho do químico Ludwig Staudenmaier, a quem um colega pediu que investigasse as formas fluorescentes que supostamente apareciam nas sessões espíritas. Ele começou a estudar a literatura desse campo e a fazer experiências com a escrita automática. Seu ceticismo original veio a se transformar quando constatou que sua escrita estava sujeita à influência de fantasmas, que logo começaram a lhe dirigir a palavra. Staudenmaier documentou essas forças e suas outras alucinações com grande precisão, e esses agentes externos viriam, posteriormente, a fixar residência nele. O químico acreditava que entidades vivas controlavam seu corpo, como “*poltergeists*” internos que ditavam ordens a partir de cada um de seus órgãos. “Cabeça-redonda” controlava os movimentos da língua e, no peristaltismo, cada momento isolado era obra de um dos demônios localizados em seus intestinos: “Pé fendido”, no cólon, “Pata de cavalo”, no reto, e “Sua Alteza” no intestino delgado. Graças a esses atos de denominação, a invasão de seu corpo pôde ser ligada a uma estrutura e, com isso, abrandada.

Reconhecer essa função de certas palavras nos psicóticos permite evitarmos uma confusão comum: é frequente lermos que o esquizofrênico usa as palavras para denotar, em vez de conotar, como se a palavra estivesse ligada a seu contexto inicial de uso, e não a seu sentido mais geral. Para usar um exemplo que é caro aos pesquisadores, a palavra “mesa” designaria a mesa específica a que um dia o termo se referiu, e não o conceito “mesa”. Embora, se tomado como generalização sobre a fala do sujeito esquizofrênico, isso seja um disparate, poderíamos entendê-lo como um reconhecimento enviesado do fato de que a função de certas palavras é, precisamente, deter o deslizamento do sentido. É por isso que a palavra parece fixar apenas uma coisa, uma mesa original. Levar uma palavra a fazer isso é menos um erro do que uma conquista, e funciona para dar nome à presença invasiva do Outro, como sugere o exemplo de Staudenmaier.[27]

A cunhagem de novas palavras é um dentre muitos exemplos de como o sujeito psicótico pode tentar lidar com o problema da proximidade do Outro. Visto que, na esquizofrenia, o desejo do Outro não é interpretado de forma coerente, o problema do sentido fica mais presente para a pessoa, como vimos. Os neologismos podem ajudá-la a lidar com essa questão, porém, as expressões estereotipadas, os rituais obsessivos e certas alucinações podem fazer o mesmo. As alucinações auditivas não raro envolvem ameaças e xingamentos, como que para denominar o sujeito no ponto em que é vivenciado um buraco. Quando ele é envolvido numa situação impossível de compreender, de repente uma palavra pode se impor, em geral um insulto: “Vaca!”, “Bicha!” etc. O lugar do sujeito é fixado com violência, pois o insulto é a parte da fala humana que tem um referencial direto e inequívoco, e com isso soluciona o problema vivenciado no nível da significação.

É o que podemos ver com clareza no livro de memórias de Wolfson. Em cada uma das páginas, o autor se refere a si mesmo na terceira pessoa: ele é “o estudioso esquizofrênico de línguas”, “o doente mental”, “o sujeito alienado”, “o psicótico”, “o rapaz esquizofrênico”, “o sujeito demente”. O pronome da primeira pessoa só aparece um punhado de vezes, como se a multiplicação de designações de tom psiquiátrico fosse necessária para ele se situar na narrativa. Em vez de palavras que o prendam no registro das alucinações, elas são usadas no processo da própria escrita como pontos nos quais a vida dele pode ser fixada. Como os nomes próprios, essas palavras têm mais a ver com a designação do que com a criação de sentido.

Quanto menos se enfatiza a significação, nesse caso, mais proeminente se torna o aspecto material formal da palavra. Uma distinção feita por Saussure

pode nos ajudar a delinear o papel dos neologismos.[28] Mesmo reconhecendo que a linguagem se compunha de um sistema arbitrário de sinais, ele também distinguiu na linguagem uma categoria de expressões que eram o que chamou de "relativamente motivadas". O "*dix-neuf* " [dezenove] francês é motivado, por ser uma combinação dos elementos "*dix*" [dez] e "*neuf* " [nove], que já fazem parte do código, ao passo que o termo "*vingt*" [vinte] não faz. Para Saussure, a mente humana consegue limitar a arbitrariedade da linguagem, no sentido de sua falta de limitação e restrição, introduzindo um princípio de ordem na massa de sinais – e é esse o papel da motivação relativa. Embora o linguista associasse mais a arbitrariedade a elementos léxicos e a motivação a estruturas gramaticais, o exemplo da psicose mostra que é possível tratar-se das duas coisas: uma única palavra ou expressão, assim como uma sequência gramatical, pode servir para proporcionar o princípio de ordem descrito por Saussure.

Leclaire deu o exemplo de um psicótico que lhe explicou, com extrema seriedade, que a nova capa de chuva que estava usando chamava-se "Beaujolais".[29] Ao comprá-la com sua mulher, ela havia comentado que a capa era "*joli*" ("bonita"). Em seguida, o homem se perguntara por que a mulher não tinha dito a mesma coisa a respeito dele, e havia achado que a observação dela aludia, na verdade, a um de seus amigos da juventude, cujo nome era "Jo". Mas Jo só poderia ser feio ("*laid*"), na comparação com ele, de modo que o novo nome, "Beaujolais", significava "eu sou *beau* [bonito] e o Jo é feio". Isso talvez pareça um simples jogo verbal, mas era absolutamente vital para o paciente. Em termos saussurianos, tratava-se de um caso de motivação relativa, que fixou a significação para o paciente e bloqueou o deslizamento dela para um ciúme delirante.

PASSEMOS AGORA da linguagem da psicose para sua lógica. Uma paciente entrou em pânico ao ver, perto de sua casa, um homem que por acaso tinha o cabelo ruivo. O indivíduo não lhe fizera nada e ela não fazia ideia de quem fosse, mas na mesma hora o homem tornou-se uma presença invasiva para ela, que ficou completamente apavorada. Sentiu-se como se ele a estivesse invadindo, apesar de nem estar próximo em termos espaciais. Quando menina, essa paciente tinha sido alvo de um encontro sexual traumático com um adulto ruivo, e a visão do homem, no presente, funcionou como uma ligação com seus sentimentos do passado, embora sem o recalcamento que se encontraria na neurose. Foi como se seus pensamentos seguissem uma equação: homem ruivo = abusador = qualquer homem ruivo.

Como o homem que abusara dela tinha o cabelo vermelho, qualquer homem ruivo era um abusador. Enquanto um neurótico que houvesse sofrido abusos por parte de um ruivo poderia angustiar-se, embora sem saber por quê, ou inquietar-se perto desse homem, em particular, por ele lhe recordar o agressor, minha paciente não tardou a insistir em que se tratava do mesmo homem, embora a idade e a localização dele fizessem disso uma impossibilidade. Nada que eu pudesse dizer conseguiu persuadi-la de que se tratava de outra pessoa. Que espécie de lógica explicaria a persistência dessa equação?

O psiquiatra e filósofo alemão Eilhard von Domarus discutiu o caso de um esquizofrênico que afirmou que Cristo e um charuto eram a mesma coisa.[30] Para explicar isso, assinalou que tanto o charuto quanto Cristo tinham uma faixa dourada em volta. Em vez de presumir que dois sujeitos (Cristo e o charuto) podiam compartilhar um mesmo predicado (ter um halo dourado), ele identificou os sujeitos com base no predicado: eles eram iguais porque tinham a faixa dourada. Fora do processo psicótico, um predicado idêntico não significa que duas coisas sejam iguais, e mesmo que elas tenham muitos predicados em comum, podemos considerá-las diferentes. Pense na piada de Groucho Marx: “Ele pode parecer idiota e se portar como idiota, mas não se deixe enganar: ele é um idiota.”

Essa forma de equação lógica ocorre na psicose, mas apenas em certos pontos. Uma mãe esquizofrênica, descrita por Arieti, queria que seu filho se tornasse um anjo.[31] Como os anjos vivem de alimentos espirituais, em contraste com os alimentos terrestres, ela não alimentava o bebê. Assim, o predicado “viver de alimento espiritual” tornaria idênticos o seu bebê e o anjo. A publicidade e o marketing tendem a se basear na lógica oposta. Diz-se aos consumidores que comprem certos produtos para se igualarem a uma celebridade – “Compre esses tênis e fique igual ao Beckham” –, sabendo que esse predicado (ter o par de tênis) jamais lhes conferirá a identificação com os sujeitos. Daí o consumidor continuar receptivo para comprar o produto seguinte, e assim por diante. Poderíamos contrastar isso com uma versão psicótica: “Comprei esses tênis e, por isso, agora sou o Beckham.”

Essa peculiaridade da predicação é comum em outros fenômenos esquizofrênicos, nos quais, assim como a identidade dos predicados é capaz de conferir a identidade entre os sujeitos (Cristo = charuto), a diferença nos predicados pode conferir a diferença entre os sujeitos. Após vários anos de casamento, uma mulher se deu conta de que tinha dois maridos, em vez de um só. Isso resultou de uma observação persistente, ao longo de um período de alguns meses. Ela notou que o marido matinal tinha olhos azuis e era

entusiástico a respeito de seus deveres conjugais, ao passo que o marido noturno tinha olhos esverdeados e era mais indiferente aos encantos dela. A mulher concluiu que o marido noturno era seu marido real e que o marido matutino era um amante. Ambos tinham o bigode louro, mas o do marido era de um matiz diferente. “É incrível”, disse a seu psiquiatra, “como os dois são parecidos: os dois são seleiros, os dois se chamam Adolphe e têm a mesma altura, e também o mesmo tom de voz.”[32]

São esses processos lógicos que esclarecem o que a psiquiatria chama de fenômenos de “identificação equivocada”. Paul Courbon e Gabrield Fail discutiram, em 1927, o caso de uma paciente que acreditava que, em certos momentos, as pessoas a seu redor eram outras pessoas, disfarçadas, enviadas para torturá-la. Seus perseguidores podiam assumir a aparência delas e impor a terceiros a transformação que desejassem, tal como o ator italiano Leopoldo Frégoli, famoso por ser capaz de desempenhar sozinho todos os papéis de uma mesma produção. Seus perseguidores, disse a paciente, tinham o poder de “fregolizar” o mundo, e essa “fregolização” afetava tanto o mundo à sua volta quanto o próprio corpo dela. Além de nos mostrar a função do neologismo, criado aqui para indicar o efeito do Outro sobre ela, a diferença nos predicados não implicou uma identidade de sujeito, mas, ao contrário, a igualdade deles. Um só perseguidor podia ser muitas pessoas ao mesmo tempo.[33]

É ÓBVIO QUE esses processos lógicos exercem impacto sobre as emoções e a vida afetiva do sujeito psicótico. Igualar o homem ruivo ao que abusara dela aterrorizou minha paciente e precipitou uma intensa explosão emocional. Curiosamente, não era uma emoção aguda, mas a ausência dela, que Bleuler via como um afeto definidor da psicose. Quanto mais retraída parecia a pessoa, menos capaz de mostrar emoções, mais isolada, maior a probabilidade do diagnóstico. Entretanto, esses chamados sintomas “negativos” não eram tão claros quanto pareceram a princípio. Bleuler reconheceu que, por trás da fachada de indiferença e mutismo, podia haver uma vida afetiva turbulenta.

Mesmo quando o sujeito parecia não demonstrar qualquer sentimento, mais tarde ele poderia descrever uma consciência acentuada de suas emoções. Como assinalaram Harry Stack Sullivan e seus colaboradores, um paciente catatônico, ao sair de sua crise, comumente é capaz de descrever com grandes detalhes uma profusão de sentimentos e informações aos quais aparentemente não reagira na ocasião.[34] Do mesmo modo, o movimento no sentido da aparente indiferença pode ter claras finalidades defensivas. Como explicou uma mulher: “Eu tinha

que morrer para não morrer. Sei que isso parece loucura, mas, uma vez, um menino me magoou muito, e tive vontade de pular na frente de um trem do metrô. Em vez disso, fiquei meio catatônica, para não sentir nada – acho que precisava morrer emocionalmente, senão os sentimentos me matavam.”[35]

Esse mecanismo foi descrito com frequência. Uma paciente de Kurt Eissler sentia-se eufórica às vezes – como num belo dia de primavera –, e portanto momentaneamente livre de sua sensação de apatia, mas isso lhe era intolerável: ela não conseguia suportar “essas sensações de vida”, senão teria que se matar.[36] O “assalto” das emoções era angustiante e lhe traria a destruição. O sentimento de mortificação que isso pode produzir é comum na psicose, com o paradoxo de que, embora a pessoa se sinta morta, com frequência esse estado é acompanhado por um aumento da sensibilidade ao mundo que a cerca. Morto significa distante e isolado, mas, ao mesmo tempo, incrivelmente receptivo e desprotegido.

Esses estados podem ser precipitados pela perda de um ponto de referência ou de apoio essencial: um cargo no trabalho, um olhar benevolente, uma forma de representação, como um título. “Pareço um zumbi que vive atrás de uma parede de vidro”, disse um paciente. “Enxergo tudo o que acontece no mundo, mas não posso tocá-lo. Não consigo alcançá-lo. Não consigo entrar em contato com ele. Estou do lado de fora.” Ou então, para mencionar alguns exemplos colhidos por Jaspers: “Tudo me aparece como que através de um véu; é como se eu ouvisse tudo por uma parede”; “As vozes das pessoas parecem vir de muito longe”; “Sou só um autômato, uma máquina; não sou eu que sinto, falo, escuto, sofro ou durmo; não existo mais; não existo, estou morto.” Embora a pessoa exista biologicamente, como disse Jaspers, ela já não se sente existir.[37]

Em estados como esses, que podem durar anos, não há uma falta organizadora, não há um objeto que atraia o indivíduo nem nada por que esperar. “Quando ando, não sei para onde estou indo”, explicou um paciente. “Não me sinto tocar o chão, pareço um fantasma. Não faço parte do mundo humano. Às vezes, tenho que me segurar nas coisas na rua, para não sair flutuando.” Nada interessa ao sujeito: nenhum elemento do mundo ao redor o capta, uma vez que a libido não pode se localizar em parte externa alguma. Outro paciente descreveu sua vida como “morta”, como se ele fosse um traje espacial, flutuando no espaço sideral sem estar preso a coisa alguma: “Não fica claro se dentro da roupa espacial há um morto, ou nada, ou a angústia”, disse.

Ele ligou isso a seu fascínio por lobisomens, vampiros e múmias. Essas criaturas medonhas, explicou, “pelo menos têm uma topografia”. Em suas palavras, elas lhe davam uma sensação de concretude: “Tinham um objetivo, um rumo físico, como os zumbis; elas andam em direção a alguma coisa.” Esse

paciente lembrou-se de um filme de zumbis que vira quando adolescente, no qual as criaturas robóticas se deslocavam mecanicamente para um shopping. Os monstros “pelo menos têm um corpo delineado, como se fossem só uma função absoluta, só uma, sem nenhuma ambiguidade nem escolha”. “Um ser humano sentaria num banco de parque e pensaria: ‘Devo fazer X ou Y?’, mas um zumbi teria só uma força magnética para puxá-lo.” Era a isso, na verdade, que ele aspirava.

Vários sujeitos psicóticos descreveram outro aspecto desse estranho tipo de morte em vida. Uma de minhas pacientes era assombrada por histórias de uma pessoa que era cortada ao meio por uma vidraça e que, durante um milissegundo, sabia que ia morrer. Para ela, essa era uma experiência cotidiana, como se o horror daquele milissegundo fosse o seu tempo habitual. Outra paciente descreveu um momento dos filmes de vampiro em que a estaca é cravada no coração e o vampiro começa a se transformar em pó. “Nos filmes de vampiro, eles estão quase virando pó, mas há um segundo em que sabem o que vai acontecer, um segundo antes que o corpo alcance esse conhecimento.” No dizer dela, essa era a sua experiência do tempo, todos os dias, o dia inteiro, como se aquele segundo se houvesse transformado em sua realidade.

Às vezes, esse sentimento está ligado ao abandono, como se a pessoa pudesse simplesmente ser largada, num processo ainda mais primordial que a rejeição. Ela se sente como se pudesse ser meramente substituída por alguém ou por outra coisa, mas, em vez de protestar contra essa usurpação, simplesmente desaparece, em todos os níveis da sua vida. Aqui, a falta da ligação com uma imagem do corpo sugere que o estádio do espelho não foi estruturado pelo simbólico, e isso, por si só, pode evocar a mortalidade. Pensemos no fato de que, quando alguém se vê numa experiência extracorpórea – por exemplo, deitado num leito de hospital, ou dando à luz –, é comum isso levá-lo a achar que está morto. Quando temos uma separação da nossa imagem, vivenciamos uma espécie de morte, o que nos mostra como o tema da mortalidade está ligado à relação especular.

PASSAREMOS NO PRÓXIMO CAPÍTULO à questão de como é possível fazer o diagnóstico, mas, a essa altura, já devemos ter uma ideia de algumas das preocupações centrais na psicose. Como vimos, é importante separar os fenômenos primários dos secundários: quando se abre um buraco na vida da pessoa, suas maneiras de reagir a ele e de tentar se defender podem ser confundidas com o dilema inicial. Estabelecer uma distinção entre eles nos permite reconhecer de que modo a pessoa luta com as questões da significação,

da localização da libido e da criação de uma distância segura do Outro.

Na paranoia, o sentido é produzido através de um delírio, que proporciona uma descrição do mundo e do que há de errado nele. A libido é localizada no Outro e gera, mais comumente, ideias de perseguição. O sujeito separa rigidamente o eu do Outro. Na esquizofrenia, o sentido não consegue se fixar e o sujeito fica à mercê dele. A libido não é localizada do lado de fora, mas retorna e invade o corpo da pessoa. Não é fácil manter a distância do Outro, e o Outro pode estar presente dentro da mente e do corpo do esquizofrênico. Na melancolia, o sentido costuma ser fixo: a pessoa é a causa de todas as calamidades e erros. Nesse caso, a libido inunda a autoimagem e esmaga o eu. O Outro é incluído no eu, mas sem gerar as terríveis batalhas de inclusão-exclusão que encontramos na esquizofrenia.

A partir dessas estruturas básicas, o sujeito psicótico tenta encontrar maneiras de lidar com suas dificuldades. Em vez de procurar cercear esses esforços, adaptando o paciente ao que o clínico vê como realidade, trata-se de incentivá-lo e ajudá-lo a encontrar suas próprias soluções, usando não a lógica do sistema de crenças do clínico, mas a da própria psicose.

5. A formulação do diagnóstico

A MODA ATUAL DA INTERMINÁVEL catalogação de sintomas dificulta cada vez mais um diagnóstico correto. Novas categorias diagnósticas brotam da noite para o dia, baseadas em sintomas superficiais, mas obscurecendo as estruturas subjacentes a eles. Duas pessoas podem apresentar o mesmo comportamento superficial, por exemplo uma timidez incapacitante em situações sociais. Ambas talvez manifestem apreensões sobre sua autoestima e sua imagem corporal, de tal modo que o rótulo "fobia social" seria aplicável. Mas o diálogo pode mostrar que, numa delas, o sintoma está ligado a como lhe agradaria ser percebida por outra pessoa – para inspirar amor, a pessoa precisa ter uma certa imagem –, ao passo que, para a outra, isso é uma simples consequência da crença delirante em que os outros leem seus pensamentos. Portanto, o mesmo sintoma superficial abarca duas estruturas muito diferentes: uma neurótica, talvez, e outra psicótica.

É raro o sintoma como tal poder dizer-nos muita coisa sobre o diagnóstico. O que nos instrui é, antes, a relação da pessoa com o sintoma, sua maneira de articular o que ele significa para ela. A timidez do exemplo acima poderia mascarar uma ideia delirante ou uma questão neurótica. Classificá-las juntas, com base nos sintomas superficiais – timidez, baixa autoestima, dificuldade para entabular conversas –, é improdutivo e potencialmente perigoso.

O que importa é como a pessoa dá voz à sua experiência, como a situa subjetivamente: em outras palavras, o que ela diz a esse respeito. Certa vez, uma paciente me falou de sua saída de um emprego bem-sucedido no centro financeiro de Londres e das dificuldades para encontrar outra posição. Dada a sua maneira de descrever o prazer que sentia no trabalho, imaginei que havia sido demitida ou que algum atrito no escritório tinha exigido sua saída. No entanto, só depois de um questionamento longo e detalhado foi que ela admitiu ter deixado o emprego, porque, um dia, quando estava indo para o trabalho, um

gato preto havia cruzado seu caminho. A paciente soubera de imediato que aquilo era um sinal dirigido a ela, e que estava na hora de ir embora.

Muitas pessoas têm superstições cotidianas e muitas agem com base na visão de gatos pretos. Podem resolver comprar um bilhete de loteria, ou tomar um cuidado especial em determinada tarefa, ou telefonar para um parente e indagar sobre sua saúde. Em geral, há um sentimento de que "sei muito bem que isso é bobagem, mas, mesmo assim…". Há uma diferença entre usar o aparecimento contingente de um gato para examinar atentamente uma ideia, ou instigar uma ação, e interpretar uma mensagem como se ela concernisse diretamente ao sujeito, de forma inequívoca. Não é a superstição em si que sugere o diagnóstico, mas o modo como o indivíduo a situa em relação a si mesmo.

Compreender o aparecimento do gato preto e interpretá-lo como uma mensagem é diferente daquelas situações em que duvidamos de nossas crenças. Não é tanto o que vivenciamos, mas a maneira como o vivenciamos. Consideremos o famoso sonho de Bismarck de 1863, que ele transmitiu imediatamente ao imperador Guilherme I.[1] Bismarck estava cavalgando por uma trilha estreita nos Alpes, com um precipício de um lado e um rochedo do outro. A trilha foi ficando cada vez mais estreita, e o cavalo se recusou a prosseguir. Sem poder fazer meia-volta, ele bateu na pedra com o chicote e recorreu a Deus: o chicote esticou-se infinitamente e a pedra desabou, descortinando uma ampla área campestre, onde ele viu tropas prussianas sendo posicionadas. Seria tentador interpretar esse sonho em termos de algum simbolismo sexual: o chicote que estica, o buraco etc. No entanto, como assinalou o psiquiatra George Dumas, o importante não é o simbolismo, mas o fato de Bismarck ter atribuído tamanha significação ao sonho que teve de contá-lo ao imperador o mais depressa possível. Tratava-se menos do sonho do que do lugar que ele lhe atribuiu.

Imagine, hoje em dia, um ministro telefonando para o primeiro-ministro no meio da madrugada por causa de um sonho que ele tivesse certeza de ter um significado especial. Aqui, a marca registrada da psicose não é o conteúdo do sonho, mas a relação do sonhador com ele, o lugar que o sujeito lhe confere em sua vida: para Bismarck, o da comunicação objetiva de uma mensagem sobre a mobilização das tropas, independentemente do sonhador. A principal característica clínica reside nessa certeza, que quase sempre separa a neurose da psicose.

A ausência de dúvida é o mais claro indicador isolado da presença de uma psicose. Essa certeza pode assumir a forma de uma convicção absoluta de alguma verdade, seja de um delírio – "sei que a CIA está me seguindo" –, seja de

uma teoria científica ou um dogma religioso. Às vezes, o momento de compreensão é muito repentino e preciso. Como escreveu um sujeito psicótico, “confrontei-me subitamente com a convicção de haver descoberto os segredos do Universo, que estavam sendo rapidamente esclarecidos, com incrível lucidez. As verdades descobertas pareciam compreendidas de maneira imediata e direta, com absoluta segurança. Não tive qualquer sentimento de dúvida nem consciência da possibilidade de duvidar.”

Embora a pessoa neurótica possa professar uma convicção absoluta de algo, ela tende a alimentar dúvidas internas, as quais, por sua vez, podem gerar sintomas. O membro do partido político que segue a orientação partidária, contrariando suas próprias convicções, ou o sacerdote que faz um sermão sobre um imperativo moral enquanto o viola na vida privada, pode ser torturado pela dúvida e pela frustração. Certa vez, um político me procurou, queixando-se de insônia e de uma sensação opressiva de mal-estar. Embora não tivesse conhecimento consciente dessa ligação, seus sintomas haviam começado após um momento em que tivera que se manifestar na Câmara dos Comuns e fazer declarações que sabia serem inverídicas. Entretanto, não era a mentira em si que havia criado os sintomas, e sim o conflito que ela havia gerado com um comentário feito pelo pai desse homem, quando moribundo, a respeito da importância da verdade.

No neurótico, embora possa haver confiança num dado saber – científico, religioso, filosófico –, há também um sentimento de que esse saber não coincide com a verdade individual, como se o conhecimento nunca fosse o bastante para responder a nossas questões pessoais mais profundas. De algum modo, ele é sempre falho e insuficiente. No entanto, em muitos casos de psicose, é como se o saber e a verdade não entrassem em conflito um com o outro, mas fossem homogêneos. Aqui, as ideias delirantes comumente dizem respeito ao corpo, ou a alguma lei da natureza, ou à genealogia, ou à proteção das crianças. Elas giram, com grande frequência, em torno da questão da origem: como são feitos os corpos, como vêm a existir as coisas que há no mundo ou de onde veio o indivíduo – ou sua raça.

É possível que tenhamos de seguir um detalhe minúsculo da fala do paciente para ter acesso a essas ideias, fazendo perguntas e prestando especial atenção a qualquer material que indique um interesse pessoal: um livro que ele esteja lendo, um filme que tenha ido ver, um texto que possa estar escrevendo. Quando nos aproximamos da ideia delirante, é possível que ela seja revelada com acanhamento ou declarada como se já fosse um fato conhecido. Podemos detectar aí uma certeza: a pessoa simplesmente sabe alguma coisa, e pode tentar

compartilhar essa certeza com o mundo ou guardá-la em silêncio para si.

Os clínicos estão familiarizados com essas duas formas de psicose. Na primeira, a pessoa pode escrever cartas e documentos à imprensa e ao governo, convencida de que seu conhecimento precisa ser disseminado, pelo bem da maioria. Na segunda, talvez seja uma pergunta casual ou um encontro fortuito que leva a certeza a se revelar. Num dado caso, uma mulher de cinquenta anos foi hospitalizada depois de entrar num banco e pedir os 20 mil francos que lhe tinham sido prometidos. Explicou que, aos vinte anos, tivera a revelação de que, se conseguisse permanecer virgem por mais trinta anos, receberia 20 mil francos. Durante trinta anos, ela não havia incomodado ninguém, guardando discretamente consigo esse delírio, sem jamais despertar a atenção psiquiátrica, até o momento em que foi buscar o dinheiro.[2]

As certezas podem estar relacionadas a qualquer área da vida da pessoa e durar uma vida inteira, sem jamais serem compartilhadas. Às vezes, despertam rapidamente a atenção: é o marido que passa a ter certeza da infidelidade da mulher, o/a estudante que sabe que o professor ou professora o/a ama, a devota que está convencida de que o padre tem uma afeição especial por ela. Uma mulher soube que seu médico a amava no dia em que sentiu uma dor no braço, quando fazia suas tarefas domésticas: ele devia ter lhe mandado essa dor para que ela tivesse de voltar a procurá-lo. Esses delírios frequentemente derivam do axioma “o Outro me ama”, mesmo que a pessoa eleita para esse amor nunca tenha tido contato algum com o paciente. Poderíamos contrastar essa certeza com as dúvidas do neurótico sobre o amor: “Será que o Outro realmente me ama? Eu realmente amo o Outro?” Esses são os tormentos diários do neurótico, que devem ser distinguidos da clareza do conhecimento psicótico: “Eu sou amado.”

Os neuróticos, propensos à dúvida, muitas vezes se impressionam ao conhecerem alguém que parece seguro de si, que tem convicção de suas crenças. É por isso que tantas vezes se formam seitas, cultos e movimentos religiosos em torno de indivíduos carismáticos, que parecem certos de seu objetivo na vida. Eles têm um senso de missão que pode muito bem cativar o neurótico, que não sabe exatamente o que fazer, que nunca tem certeza de sua carreira ou vocação. Poderíamos pensar nos seguidores de Jim Jones, mas as doutrinas pregadas não precisam ser extremas: podem ser as políticas cotidianas de um partido político. Mais uma vez, trata-se menos do conteúdo das convicções do que da atitude em relação a elas. Os neuróticos, inseguros de suas metas ou do sentido de sua vida, naturalmente sentem-se atraídos por alguém que sabe exatamente o que quer, que insiste num conhecimento ou numa verdade com uma determinação cega. A

dúvida gravita para a certeza.

É também por isso, como assinalou Geneviève Morel, que a psicose não costuma ser diagnosticada quando as pessoas que buscam uma operação de mudança de sexo vão à consulta pré-operatória com um psiquiatra. Se o psiquiatra for neurótico e, portanto, inseguro de sua própria sexualidade, não se sentindo suficientemente masculino ou feminino, é possível que se impressione com alguém que parece seguro de realmente ser homem ou mulher: apenas lhe sucedeu estar no corpo errado. Talvez seja exatamente esse choque entre a dúvida e a certeza que leva o psiquiatra ao erro de diagnóstico.

Essa certeza pode emergir de maneiras muito discretas. Pode ser durante aquela conversa da madrugada em que alguém fala de sua filosofia de vida. Esta pode ser uma teoria abrangente do mundo ou um simples conjunto mínimo de normas pelas quais a pessoa vive, reveladas na intimidade. Só depois de um ano trabalhando juntos foi que uma de minhas pacientes me disse ter uma lista escrita de instruções para sua vida, a qual sempre carregava no bolso do casaco. Para ela, essas eram certezas jamais questionadas, que lhe permitiam atravessar as muitas situações difíceis em que se descobria. As regras também podem assumir a forma de conselhos vindos de um livro de autoajuda, ou de um especialista que a pessoa leve a sério. Mais uma vez, não é o conteúdo dos conselhos que importa, mas sim o lugar que eles ocupam na vida do sujeito.

Tais conselhos, afinal, podem ser bastante sensatos. É importante lembrar aqui que uma ideia delirante não é necessariamente incorreta. Como observou Jaspers, já se vão muitos anos, o delírio não é uma convicção falsa. Pode ser correto no conteúdo, mas, ainda assim, figurar como delírio, como muitas vezes constatamos nos delírios de ciúme em que o parceiro realmente é infiel ou nos casos em que alguém é injustamente tratado por uma autoridade. O delírio, para Jaspers, provém de uma experiência primária de significação que não é acessível a terceiros, um momento de convicção que depois pode ser reconhecido pela maneira como a pessoa procura consubstanciá-lo, e não por seu conteúdo efetivo.[3] Embora ele possa ser compreensível, lógico, coerente e significativo, a chave está em seu ponto de origem.

As modernas terapias cognitivas da psicose tendem a pressupor que os delírios psicóticos não são muito diferentes das crenças do cotidiano, e a intervenção clínica pode decorrer dessa visão. No entanto, elas deixam de lado essa dimensão de revelação ou descoberta de um sentido, a “experiência direta de significação” enfatizada por Jaspers. Nos termos em que John Custance descreveu sua epifania, foi como se “todos os segredos do Universo estivessem sendo revelados, como se eu tivesse uma chave, um Abre-te Sésamo para a

criação”.[4] O que importa aqui é menos o conteúdo do delírio do que a forma de sua construção. Mesmo que a natureza daquilo de que a pessoa tem certeza seja ambígua – será que a voz que ela ouviu era benevolente ou maléfica? –, a convicção de que isso significa alguma coisa é inabalável.

É o que constatamos ao trabalhar com pessoas de culturas cujos sistemas de crença são diferentes do nosso, e que frequentemente são mal diagnosticadas. A fim de se preparar para o trabalho com pessoas de origens díspares, os clínicos frequentam cursos que lhes dão aulas sobre culturas diferentes, mas então é comum presumirem que uma ideia delirante é uma simples variação transcultural da crença. Uma cultura pode fomentar a crença em espíritos, por exemplo, mas isso não impede que alguém dessa cultura forme um delírio com espíritos. Vemos a mesma coisa com pacientes que tiveram uma história de trauma e privação agudos. O terapeuta pode ficar tão admirado com a violência e as vicissitudes suportadas pelo paciente que perde de vista o que há de delirante na interpretação que ele dá aos acontecimentos. Como insistiu Jaspers, não é o conteúdo das ideias que importa, mas a relação que a pessoa tem com elas, a maneira como a significação entra em suas experiências e é construída em torno delas.

Lacan afirmou que a certeza na psicose é sempre proporcional a um sentimento inicial de perplexidade.[5] Quando se abre uma lacuna no mundo da pessoa, separando significante e significado, é a ausência no nível da significação que depois se transforma na certeza de uma significação. Trata-se da certeza de que existe algo no mundo que diz respeito diretamente a ela – não necessariamente algo maior ou menor. O sujeito psicótico pode saber que uma alucinação é uma alucinação, e até descrevê-la com o vocabulário da psiquiatria ou da psicanálise. Não precisa haver crença na realidade de uma alucinação para que ela constitua uma alucinação: a variável decisiva é se o sujeito acha que ela lhe diz respeito ou não.

É difícil levar a sério quando os tratamentos modernos se gabam de reduzir de 100% para 70% a crença do psicótico em suas alucinações. Enquanto a dimensão da significação estiver presente, as percentagens são uma pista falsa. Não é a realidade, e sim a certeza, que importa nas alucinações. A pessoa pode admitir que talvez ninguém mais ouça aquela voz, porém mesmo assim ter certeza de que a voz tem uma ligação com ela. É comum os clínicos se confundirem com as procrastinações do paciente nesse ponto e presumirem que elas significam que o diagnóstico de psicose deve ser excluído. Mas dúvidas e incertezas superficiais são comuns na psicose, e podem assumir a forma de típicos sintomas obsessivos: será que fechei a porta direito? Fechei as torneiras?

Deixei comida para o gato?, e assim por diante. Essas dúvidas superficiais não devem ser confundidas com a dúvida ontológica mais profunda do neurótico e são, na verdade, ótimos sinais prognósticos em alguns tipos de psicose, como a psicose maníaco-depressiva.

Há também alguns casos de loucura que dão à dúvida um lugar central, como se a certeza delirante nunca houvesse surgido, ou ficasse em suspenso. Isso foi muito bem descrito por Tanzi e os psiquiatras italianos com o conceito de "loucura dubitativa", e por Capgras com seu "delírio questionador" ou "delírio de suposição".[6] Às vezes, a diferença da dúvida do neurótico reside na natureza real e não simbólica do questionamento feito pela pessoa: o neurótico pode duvidar inconscientemente do sexo a que pertence, mas o duvidador psicótico pode de fato ter uma dúvida real, como se o próprio sexo biológico não lhe fosse claro. Em termos mais gerais, a chave consiste em ver que lugar tem a dúvida na vida da pessoa: isso fornecerá a indicação diagnóstica. Nos casos de dúvida psicótica, haverá uma certeza de que existe ali algo que diz respeito ao sujeito, uma significação pessoal.

QUE OUTRAS PISTAS podem nos dizer da presença ou ausência da dúvida? Primeiro, podemos enfocar o modo como a pessoa assume sua própria história, como fala da infância e da família. Às vezes, a infância é descrita como um *continuum*: foi feliz ou triste, mas é só. Não há mais informações, não se oferece qualquer detalhe ou nuance. Os pais podem ser qualificados da maneira mais ínfima, apenas com o uso de um punhado de termos invariáveis. Os momentos de mudança ou drama mostram-se ausentes: acontece uma coisa, depois outra, como se não houvesse rupturas reais nem momentos de descontinuidade. Num dado caso, um homem descreveu que, ao receber um telefonema no trabalho informando que sua mulher havia entrado em trabalho de parto, pulou na bicicleta, partiu para o hospital, mas tomou outro rumo na estrada e simplesmente seguiu em frente, sem nunca mais ver a mulher nem conhecer o filho. Tudo isso foi descrito como se constituísse apenas mais um evento cotidiano, e não um momento transformador da vida. Faltou o senso de história – como uma inscrição simbólica em nossa vida de descontinuidades.

Para termos uma história, alguns momentos devem ser sentidos como diferentes, especiais, como pontos de mudança e transição. A chave, nesse caso, é que na falta de uma significação organizadora, como a que é fornecida pela narrativa do complexo de Édipo, a estrutura cronológica e histórica fica comprometida. O fato de certas lembranças e não outras serem privilegiadas é o

resultado de uma grade de significações básicas, que selecionam aquilo que podemos recordar e o que não podemos. As dificuldades na construção dessa grade – ou sua redução a um número mínimo de significados únicos – geram então o *continuum* que frequentemente se evidencia no modo como o sujeito psicótico conta sua história.

Em outros casos, entretanto, a marca registrada da psicose é exatamente o inverso. Neles, é menos a falta de momentos definidores do que sua presença que tem importância. Um homem descreveu que um dia decidiu casar-se com a primeira mulher que cruzasse a entrada da cantina no trabalho. Num outro exemplo, uma mulher descreveu o momento em que sua vida mudou: quando a mãe lhe deu um banho pela primeira vez. Ela soube, segundo disse, que aquilo era um sinal das intenções sádicas da mãe em relação a ela e do favorecimento de sua irmã, que não era solicitada a tomar banho. Note-se, mais uma vez, que não é o fato ocorrido que indica a psicose, e sim o modo como ele é interpretado, como um detalhe recebe uma espécie de poder definidor, como se tudo se apoiasse nele.

Na neurose, o quadro tende a ser um pouco diferente. O neurótico pode queixar-se de uma mãe sádica que privilegiou um irmão, mas isso não é explicado como resultado de uma única cena. Ao contrário, graças à ação do recalcamento, haverá uma série de lembranças encobridoras, todas alusivas aos temas em questão. Muitos momentos diferentes podem ser lembrados com o sentimento do favorecimento materno, mas é improvável que uma única lembrança receba o poder eletivo que encontramos na psicose. O recalcamento significa que certas outras lembranças são esquecidas, e é bem possível que o sentimento do sadismo ou do favoritismo da mãe seja deduzido do material, e não diretamente designado, como no exemplo acima.

Em um caso discutido por Geneviève Morel, uma moça que estava à espera de uma cirurgia para transformá-la em rapaz descreveu o momento em que, subitamente, havia tomado sua decisão.[7] Seu pai fora mandado para um campo de concentração no Camboja, quando ela contava três anos, e a mãe a havia deixado com parentes, mas ficara com seu irmão mais novo. Quando estava com seis anos, o pai tinha fugido e a família tornara a se reunir. As lembranças da paciente datavam dessa época, e ela descreveu uma cena em que ficou observando o irmão urinar em pé. A partir daquele momento, soube que tinha que ser menino. O regresso do pai havia desencadeado uma psicose, com a cristalização da ideia delirante naquele momento de certeza. A cena produziu para ela uma única significação inabalável: ser menino. Nesse exemplo, não houve uma história prévia de sintomas sugestivos de uma indagação sobre o

gênero, nem qualquer reflexão questionadora ou dialética sobre o sexo, mas apenas um simples momento decisivo.

O momento de compreensão, como frisou Jaspers, é crucial nesse caso. É comum os sujeitos psicóticos saberem explicar com exatidão quando apreenderam uma verdade, quando uma ideia ou imagem subitamente se tornou clara para eles. A psiquiatria tem tendido a se concentrar no quanto as coisas são obscuras na psicose, e muitos estudos ao longo dos anos fizeram afirmações sobre como os sujeitos psicóticos não compreendem conversas, perguntas, histórias, problemas matemáticos e assim por diante. Essa ênfase nos déficits obscurece a questão da compreensão de como uma resposta ou uma ideia pode ser transparente para a pessoa. É como se uma resposta se impusesse, muitas vezes antes que qualquer pergunta seja conscientemente formulada. Como disse Wilhelm Griesinger, antes que o sujeito psicótico faça a pergunta, “ele já recebeu a resposta”.

Em outro exemplo, uma mulher descreveu que sua vida se modificara no momento em que, subitamente, compreendeu que o bispo de Amiens era seu pai.[8] Nesse dia, ela estava numa igreja com a mãe quando o bispo se virou para as duas, e a paciente o descreveu como tendo ficado “petrificado” ao ver a mãe dela. Mais tarde, depois que o bispo foi vítima de um homicídio, ela deduziu que os culpados deviam ter sido seus pais. Certos gestos e palavras confirmariam sua interpretação, e passados cerca de trinta anos ela viria a matar o pai verdadeiro a tiros, por ele a haver lesado, tirando-lhe a herança do bispo. Ao lhe perguntarem por que havia atirado no pai, ela respondeu que sua intenção não fora matar, mas simplesmente garantir que houvesse um inquérito apropriado.

Os neurologistas franceses Henri Hécaen e Julian de Ajuriaguerra recolheram muitos exemplos desses momentos de revelação, especialmente no tocante a ideias sobre mudanças no corpo.[9] Num dos exemplos, um rapaz insistiu em que tudo havia mudado de um minuto para outro depois de sua primeira masturbação. Seu mundo inteiro foi descrito em termos de antes e depois do momento em que perdera todas as suas qualidades morais e físicas. “Mudei por completo, no corpo e na mente.” Agora, seu cabelo, seus dentes e a cor de seus olhos estavam todos diferentes. “Meu corpo foi ficando deformado”, disse ele. “Minha cabeça mudou por completo e, apesar de as pessoas não notarem, eu sabia que algo estava diferente. Meus braços ficaram mais curtos e minha pele se soltou dos ossos.” Ele tentava desesperadamente reencontrar sua antiga imagem, olhando-se no espelho todas as noites, e ficava horrorizado ao ver que se parecia cada vez mais com seu pai.

Em outro caso discutido por esses autores, uma mulher se viu num espelho,

um dia, e soube que tudo havia mudado. A cor de seus olhos estava diferente, a testa estava destruída, o nariz, achatado, o rosto, maior, e o pescoço, cheio de rugas. Essas mudanças foram prontamente atribuídas a influências externas: “eles” haviam esticado ou encolhido o corpo dela, aumentado sua barriga, torcido as pernas, espichado os pés e feito com que ela parecesse outra mulher. Estava fisicamente morta, com o corpo congelado, e outra pessoa estava vivendo sua vida. A mulher achava que havia um observador acima dela, examinando toda a sua vida e lendo sua correspondência.

Esses momentos definidores podem caracterizar não apenas ideias sobre o corpo, mas também sobre teorias e credos abstratos. Andrew Carnegie estava lendo o eugenista Herbert Spencer quando, subitamente, soube que aquela era a verdade que estivera procurando. Ele havia enfim “encontrado a verdade da evolução”.[10] Kurt Schneider fala de um paciente que se impressionou ao ver um cachorro levantar uma das patas dianteiras.[11] Perguntou a outro homem, que estava um pouco mais adiante, se o cachorro também o havia cumprimentado, e, ao receber uma resposta negativa, soube no mesmo instante que “era uma revelação dirigida a mim”. Esses momentos de discernimento repentino podem concernir a temas como o cosmos, a vida, a morte ou Deus, o nascimento do próprio sujeito ou sua missão na vida. “Pareceu-me ver tudo com muita clareza e nitidez, como se eu tivesse uma compreensão nova e admirável”, disse um dos pacientes de Jaspers. “Foi como se eu tivesse um senso especial, como a clarividência, como se eu pudesse perceber o que até então eu e os outros nunca pudéramos perceber.”[12]

A memória é significativa nesse aspecto, já que as lembranças verdadeiras frequentemente se distorcem para incluir as ideias delirantes, ou as próprias ideias delirantes são transformadas em lembranças e datadas de um momento anterior no tempo. A psiquiatria francesa tinha um interesse especial pelos momentos em que uma lembrança datada de antes da construção de um delírio parecia receber, retroativamente, um papel causal. Nas lembranças de guerra de certo homem, ele descreveu ter visto duas mulheres passarem quando sua unidade estava indo para as trincheiras, e uma delas começou a chorar ao vê-los. Ele disse a um soldado, colega seu: “Eu gostaria de ter uma mãe assim” – e, naquele momento, sentiu que ela o havia olhado e teve a intuição de que “aquela mulher era minha mãe. Foi como se eu fosse atingido por um raio, foi mais forte que eu. Fiquei arrasado e destroçado com o que senti, mas sabia que não estava errado.”[13] Num outro exemplo, a interpretação retrospectiva convenceu uma mulher de que o fato de ela ter sido chamada de “pequena rainha” quando criança era prova de seu direito ao trono.

Searles relatou o caso de uma paciente que construiu, retrospectivamente, o complexo delírio de que uma máquina fora instalada em seu abdômen e uma corrente fora presa a seu coração para controlá-la. Nesse momento, sua difícil história de procedimentos cirúrgicos invasivos recebeu um significado. Aos sete anos, ela fizera uma operação nos seios nasais; aos quatorze, um tumor benigno fora retirado de seu seio; e tivera o apêndice removido aos dezenove anos. Mais tarde, compreendeu que agora tudo fazia sentido. A cirurgia dos seios nasais havia criado um buraco em sua cabeça, permitindo que ela fosse "operada" como uma máquina; a do seio havia permitido que uma corrente fosse colocada em volta de seu coração; e a retirada do apêndice tinha permitido que uma máquina fosse instalada em seu abdômen. Agora, "eles" detinham o controle sobre ela, que exigia uma nova cirurgia, num "hospital de verdade", para cortar as "cordas" que a prendiam a essas figuras controladoras.[14]

A CLAREZA COM QUE um sujeito psicótico pode vivenciar um momento de mudança ou uma nova significação é ecoada na maneira pela qual os sintomas costumam ser descritos. Enquanto o recalcamento que atua na trajetória neurótica do Édipo significa que os sintomas escondem pensamentos disfarçados, na psicose é frequente haver uma transparência. Uma mulher queixou-se de uma angústia e claustrofobia terríveis no metrô, que a vinham impedindo de ir trabalhar. O sentido do sintoma só foi revelado após vários meses de trabalho analítico. Ela sonhou que estava de frente para uma parede e experimentou exatamente a mesma sensação de pavor que tivera no metrô. A imagem da parede a fez recordar o último lugar em que vira o irmão, que tinha estado na prisão antes de morrer. Portanto, a angústia marcava sua proximidade desse irmão e suas ideias – que ela havia tentado tirar da cabeça, na época – de estar no caixão junto com ele: uma angústia, na verdade, de ficar embaixo da terra. Nesse caso, o sintoma estava ligado a ideias e lembranças esquecidas: entre elas ficava o recalcamento.

Na psicose, é possível que a pessoa explique imediatamente o sintoma em termos da lembrança: "Estou com claustrofobia por causa da ideia de ficar num caixão com meu irmão." É possível que os mecanismos de codificação na construção de sintomas estejam ausentes, como se o sintoma fosse um carimbo direto sobre o corpo ou a mente, e não o resultado de um complicado processo de codificação. Num caso discutido por Paula Elkisch, uma mãe falou de seu medo de que o filho viesse a ser um imprestável, como o irmão dela própria.[15] Se o bebê dormisse o tempo todo, pensou, suas chances seriam melhores, e por isso

ela andava continuamente de um lado para outro com o menino no colo. “Meus braços ficavam dormentes”, disse, “e eu não sabia onde eu terminava e onde começava o bebê.” Quando o menino foi levado para um hospital, aos oito anos de idade, não tinha nenhum senso dos limites corporais: perguntava a todos à sua volta: “Essas são as minhas mãos, essas mãos são suas?”, como se a confusão materna dos corpos tivesse sido diretamente imprimida nele.

Essa clareza, que assinala a falta de recalcamento, é um sinal comum da psicose. O neurótico chega com um sintoma que precisa ser decifrado. Não consegue dormir, não consegue mais trabalhar, tem ataques de pânico e quer saber por quê. Isso lhe parece opaco, mas ele intui que há alguma causa ou explicação oculta. O que constatamos na psicose, muitas vezes, é bem diferente: a pessoa chega com um sintoma, mas sabe por que o tem. “Meu braço está paralisado porque era aí que meus pais me batiam quando eu era criança.” Enquanto, no neurótico, a cena infantil pode muito bem ser esquecida, só vindo a ser recuperada posteriormente, na terapia, ou ser recordada, porém isolada de sua significação afetiva, o sujeito psicótico é capaz, comumente, de articular com muita clareza qual é a causa de seu sintoma. Os fenômenos psicóticos também tendem a emergir com uma descontinuidade maior do que os neuróticos, aparecendo subitamente, como que saídos do nada.

Não vem ao caso se a explicação do sintoma dada pela pessoa é ou não “correta”, já que o importante é a relação dela com a causalidade em si. De fato, o modo como alguém pensa nas causas é um indicador diagnóstico. A certeza de que “sou assim por causa de X” é uma característica frequente na psicose. Por exemplo, ter certeza de que se tem certo sintoma por se haver apanhado na infância, ou de se ter certa doença por causa da dieta alimentar, pode corresponder à verdade em termos factuais, mas a clareza da ligação é psicótica. Tomemos o exemplo de uma mulher que se lembrou de que, quando menina, a mãe a chamou de prostituta por ela haver usado batom. Muitos anos depois, ao ouvir vozes que a rotulavam de prostituta, ela estabeleceu o elo entre essas experiências, certa de que o comentário materno explicava as vozes. A convicção inabalável dessa causalidade foi, nesse caso, o sinal da psicose.

Num caso discutido por Morel, uma paciente com problemas com a imagem corporal descreveu que tinha ficado “feia” num único momento, quando, aos três anos de idade, levara um chute de um menino no rosto.[16] Ela queria submeter-se a uma cirurgia, para que lhe devolvessem o rosto que tivera antes desse momento de mudança: o rosto original, dizia, faria com que ficasse bonita e fosse querida pelos meninos. Para ela, nunca houve a mais remota dúvida de que o pontapé é que havia modificado tudo, apesar da confirmação médica de que as

feições de seu rosto eram efetivamente congênitas.

Esse pontapé vindo de fora ilustra outra característica fundamental da psicose: seu caráter xenopático. A antiga psiquiatria descrevia isso de diversas maneiras: a “síndrome da ação externa” de Henri Claude, os “fenômenos xenopáticos” de Guiraud e a “síndrome de influência” de Séglas. Aqui, a convicção é que há um agente ativo atuando fora da pessoa. Na paranoia, esse agente se localiza fora do eu e recebe um nome: “Estou agindo assim por causa da câmera do circuito interno de televisão, ou porque estão me seguindo, ou por causa da trama contra mim.” A iniciativa, como observou Lacan, parte sempre do Outro, de fora. Como disse Schreber, logo no início de suas *Memórias*, “toda a vida espiritual do Homem se baseia em sua excitabilidade [nervosa] por impressões externas”, como se as impressões externas, e não os nervos, é que tivessem a prioridade. Isso contrasta com o sentimento do neurótico de que seus problemas vêm de seu interior: mesmo que ele não saiba como ou por quê, existe um sentimento de que a causa nunca está inteiramente do lado de fora.

Muitas vezes, isso se evidencia no modo como a pessoa fala de sua aflição. Se o Outro é sempre responsabilizado por seus problemas, isso difere das situações em que, além desse aspecto, há um sentimento de implicação pessoal no sintoma. Se a culpa é exclusivamente atribuída ao que está fora do eu, a indicação é de psicose. Podemos observar que isso é compatível com a situação em que o Outro realmente é culpado, em que o sujeito foi mesmo vítima de uma série de atrocidades ou abusos. Não obstante, nos casos de neurose, há sempre uma margem de dúvida ou culpa: “Fizeram tudo isso comigo, mas qual é o meu envolvimento?” O clínico deve ser cauteloso nos casos em que fica claro que tragédias externas marcaram o paciente: o importante, mais uma vez, é como elas foram processadas, subjetivadas, tornaram-se parte da vida da pessoa.

Essa sensação de uma força externa que age sobre o sujeito costuma ser chamada de “automatismo mental”, e foi descrita por Séglas e posteriormente elaborada por Clérambault. Como explicou uma mulher hospitalizada, “as pessoas não fazem coisas *para* mim; elas fazem coisas *em* mim”. “Estou na situação de pensarem *por* mim”, disse. As atividades internas e externas já não estão sob o controle do sujeito, e o psicótico pode se sentir à mercê de uma força externa. “Meus braços e minhas pernas funcionam sozinhos… o pensamento me vem não sei de onde, mas não sou eu quem pensa”, disse um paciente. “Tudo que faço é como uma máquina, ela funciona sozinha, sem mim.” A pessoa tem a sensação de que atuam sobre ela, falam dela, pensam nela, porém ela não é senhora de seus atos. É levada a pensar, sentir, recordar e compreender. Pode não reconhecer suas ideias como próprias, mas como inseridas de algum modo em

sua mente, e por isso se sente no poder de algum agente externo.[17]

A característica crucial aqui é a ideia de força ou pressão externa. Pode-se ter a sensação de que os próprios pensamentos são repetidos em voz alta ou comentados, e de que as intenções pessoais são divulgadas. “Quando digo alguma coisa, é como se a ouvisse repetida à distância”, disse um dos pacientes de Bleuler, e, “quando paro de falar, as vozes repetem o que acabei de dizer.” Séglas definiu o “eco do pensamento” como a crença do sujeito em que seus pensamentos são ouvidos por outros, e, embora haja muitas variações nas maneiras como os pensamentos e as vozes são experimentados, elas têm em comum a sensação de externalidade. O pensamento da própria pessoa torna-se estranho e, de algum modo, separado dela. A sensação de uma influência externa talvez assuma sua forma mais pura e mais intensa no fenômeno da possessão, no qual existe a crença em que um agente externo assumiu o controle da mente e do corpo do indivíduo.

O que aqui pode afigurar-se a manifestação mais extrema de psicose foi ligado por muitos dos primeiros pesquisadores à própria normalidade. Pierre Janet e Henri Ey destacaram que o automatismo mental faz parte da realidade cotidiana, mesmo que não costumemos ter consciência dele. Evocaram os aspectos de nós que não seguem os ditames do eu e ficam fora do controle consciente. Todos experimentamos alguma forma de automatismo, e o psiquiatra Charles-Henry Nodet observou que “não é o automatismo que é patológico, e sim a significação que o sujeito lhe atribui”.[18] Mais uma vez, não é o fenômeno em si que importa, porém o lugar que lhe atribuímos.

O automatismo verbal, por exemplo, funciona constantemente na vida cotidiana. George Dumas colheu exemplos de momentos em que as palavras lhe brotavam na mente como que inteiramente por vontade própria.[19] Certa manhã, quando se barbeava, ouviu a pergunta “O que irão dizer no Rio?” e, noutra ocasião, quando calçava os sapatos, “O número de advogados é limitado”. Catalogou cerca de sessenta frases desse tipo, todas muito curtas e dotadas de sentido verbal, mas sem relação aparente com seu contexto. Para Dumas, esse era o autêntico automatismo mental, e o que distinguia o sujeito psicótico do não psicótico era a seriedade com que eram levadas as palavras que se impunham.

Naturalmente, a vida seria mais fácil se não tivéssemos que levar essas coisas muito a sério, como mais tarde comentaria Lacan, mas o sujeito psicótico é, justamente, alguém que leva as coisas a sério. O “olá” mal-humorado de nosso vizinho, a frieza do chefe, a ligeira mudança de tom que ouvimos na voz de um amigo, tudo isso faz parte da realidade cotidiana. Se levássemos todas essas coisas a sério, atravessar cada dia se tornaria impossível. E é exatamente isso

que relatam alguns sujeitos psicóticos. A interpretação de tais detalhes pode muito bem ser correta, mas a amplificação dos sinais cotidianos pode revelar-se insuportável para a pessoa, resultando em suspeitas e numa sucessão de perpétuos atritos com o meio.

Muitas vezes, esses detalhes são entendidos estritamente em termos do imaginário, como se o mundo consistisse apenas no sujeito e na outra pessoa. O mau humor do vizinho é interpretado como causado por algo que o sujeito fez, e suas falhas causariam a frieza do chefe. Não há referência à possibilidade de que um terceiro seja a causa, de que a outra pessoa esteja perturbada por acontecimentos de sua própria vida que não dizem respeito ao paciente. Curiosamente, quando de fato emerge a ideia de um terceiro, é bem possível que ela seja delirante: "O chefe estava frio porque alguém lhe disse coisas ruins sobre mim." O terceiro aparece como uma presença maléfica, e não mediadora e pacificadora.

A sensibilidade psicótica aos detalhes frequentemente revela alguma verdade. Embora o vizinho possa não estar de mau humor por causa de uma falha da pessoa, seu mau humor é de fato identificado. Na terapia, os sujeitos psicóticos são peritos em captar o estado de ânimo do clínico, e isso significa que, muitas vezes, são capazes de enxergar através da convenção e do verniz do que passa por realidade cotidiana. A antiga psiquiatria evocava isso com a expressão "a ironia do psicótico".[20] Quando o terapeuta diz "eu me importo com você", o paciente talvez se mostre justificadamente cético, por saber muito bem que é isso que se espera que os terapeutas digam. Reconhecendo esse fato, alguns dos mais notáveis tratamentos experimentais da psicose nos Estados Unidos, na década de 1950, visaram a uma franqueza completa: o terapeuta insultava o paciente, verbalizava fantasias sexuais e até adormecia durante as sessões, se porventura estivesse cansado.

A ironia psicótica indica uma compreensão dos jogos de linguagem e do faz de conta em que se baseia o mundo social comum. Em vez da imersão nele, um certo distanciamento permite uma perspectiva mais exata, e essa, sem dúvida, é uma das razões por que tantas vezes são feitas descobertas inovadoras por sujeitos psicóticos. Eles conseguem enxergar coisas para as quais os outros ficam cegos. Um jovem psicótico descreveu o momento do que chamou de "epifania" em sua infância. Um dia, percebeu que a palavra "Deus" poderia, na verdade, ser qualquer outra: a escolha dessas quatro letras era totalmente arbitrária. Isso foi significativo, explicou ele, porque cristalizou sua experiência do mundo até aquele momento: na congregação diária dos alunos, por exemplo, compreendeu que o espetáculo de todas as crianças sentadas em silêncio,

ouvindo a fala do diretor, era uma “farsa”. A atribuição de autoridade “não se baseava em nada”.

Neste ponto, também podemos pensar em Jared Lee Loughner, cujos tiros à queima-roupa na deputada Gabrielle Giffords chocaram o mundo, em janeiro de 2011. No esforço de determinar em que momento ela se tornara, a seus olhos, uma perseguidora potencial, destacou-se um episódio. Três anos antes, Loughner tinha se matriculado numa faculdade comunitária e comparecido a um dos encontros ao ar livre de Giffords com o eleitorado. Submeteu uma pergunta por escrito, que indagava: “O que é o governo, se as palavras não têm sentido?” Se a falta de resposta instaurou uma tensão persecutória, a pergunta indica a verdadeira questão para Loughner: se a ordem simbólica não se baseia em nada, como pode alguém reivindicar uma autoridade legítima? Daí o pesadelo de teorias conspiratórias que o obcecava, cada qual representando um abuso de poder injustificável.

A capacidade do psicótico de perceber a verdade por trás das convenções é erroneamente interpretada, muitas vezes, como falta de inteligência. Um dos testes mais frequentes no início do século XX para avaliar a capacidade mental dos pacientes envolvia a narrativa de uma história e a formulação de perguntas sobre ela. Na clínica Burghölzli, eles usavam “O burro levando uma carga de sal”.[21] Um burro, carregado de sacas de sal, tinha que atravessar um rio. Depois de sofrer uma queda, notou o quanto sua carga tinha ficado mais leve, já que o sal se dissolvera na água. No dia seguinte, a carga era um saco de esponjas, mas ele se deixou cair de propósito, descobrindo então que as esponjas absorviam água e, por isso, ele ficava mais pesado: tão pesado, na verdade, que acabou se afogando. Quando pediram a um paciente para explicar o que havia acontecido, ele respondeu que “o burro queria se afogar”. Em vez de entender isso como um erro cognitivo, ou uma projeção do estado mental do paciente, seria possível entendê-lo como a revelação da verdade latente na história: o pobre burro, cansado de servir de escravo para outros, não se lembrou do que fazem as esponjas e pereceu num desses “suicídios acidentais” que a própria psiquiatria estudou, em certa época.

O CARÁTER XENOPÁTICO dos fenômenos psicóticos pode produzir uma variedade de reações. A pessoa pode tentar lutar contra a força que a ataca, ou simplesmente observá-la, registrá-la ou aceitá-la de forma passiva. Quando ela luta, o clínico o reconhece muito prontamente, já que é comum haver um apelo à ajuda terapêutica ou um pedido de medicação. Quando a resposta é mais passiva,

às vezes é mais difícil apreender o que está acontecendo. Uma pista importante reside no modo como a pessoa assume sua passividade. Há uma diferença entre a situação em que alguém sempre faz o que lhe é mandado, ora ressentindo-se disso, ora obedecendo por medo de perder o amor de seus superiores, e a situação em que a obediência não gera conflito. Não há sentimento de culpa nem protesto pelo cumprimento de ordens, não há vergonha nem indecisão, mas uma simples obediência sem efeitos subjetivos, como se houvesse uma relação quase de tipo reflexo com as palavras que dizem ao indivíduo o que fazer.

Essa permeabilidade à linguagem é especialmente encontrada na esquizofrenia. É comum as palavras surtirem um efeito imediato na pessoa, como se não houvesse barreira para separá-la do que lhe ordenam ser ou fazer. Naturalmente, isso pode combinar bem com certo conformismo social: se fizermos tudo o que nos mandam, talvez a vida corra tranquilamente. É possível que isso nos ajude a compreender um aspecto da famosa teoria do vínculo duplo, elaborada por Gregory Bateson e sua equipe. Quando a pessoa é criada recebendo continuamente mensagens contraditórias de seu meio, podem se instaurar as bases de sua loucura. Talvez lhe digam para não fazer determinada coisa, mas transmitam, ao mesmo tempo, a mensagem de que ela deve fazê-la. Aqui, o foco na permeabilidade da linguagem pode refinar essa visão: o problema está menos no fato de alguém receber mensagens contraditórias do que no de ter que obedecer ao que é ouvido. É essa obediência – que implica que o sujeito tem de obedecer às duas mensagens – que cria o impasse.

A permeabilidade pode ser marcante em alguns casos e discreta em outros. O comportamento promíscuo de uma paciente, por exemplo, seria interpretável como sintoma de histeria. Os encontros em série com homens, a conduta sexual incontinente, seguida por reclamações sobre a impossibilidade de encontrar o homem certo, poderiam ser entendidos como um modo de fazer uma indagação sobre a feminilidade: o que é a mulher para o homem? Como pode uma mulher ser amada ou desejada? No entanto, a exploração mais rigorosa dos detalhes sugeriria a ausência de qualquer fenômeno subjetivo nos momentos de contato: quando o homem faz uma proposta, a mulher simplesmente vai com ele, como se fosse preciso obedecer às suas palavras. Talvez ela lamente não ter um relacionamento, mas não há qualquer protesto real, resistência ou dúvida nesse primeiro momento. Essa obediência é que seria sugestiva de uma estrutura psicótica.

Outro indicador diagnóstico significativo é o modo como a pessoa divide sua realidade, o que está ligado à questão da dúvida e da certeza, que vimos ser muito central. A principal característica da ordem simbólica é o estabelecimento

de um sistema de divisões e contrastes que demarcam nosso mundo. Esses sistemas sempre partem de oposições binárias, como masculino-feminino, animado-inanimado, humano-animal.[22] À medida que se tornam mais complexos, cada termo da oposição atrai outros termos, e esses novos acréscimos modificam o sistema inicial, criando dúvidas e uma certa fluência. Assim, inúmeras histórias infantis invocam exatamente esse deslizamento: há uma coisa ruim contida numa coisa boa – o veneno numa maçã deliciosa –, ou uma coisa boa é encontrada numa coisa ruim – o ogro que se torna bom, o mago benevolente por trás do monstro.

Na psicose, na qual o simbólico não está inscrito como na neurose, ele pode ficar reduzido ao binário inicial mínimo, sem qualquer elasticidade ou movimento. Num caso discutido por Piera Aulagnier, o mundo era dividido entre "preto" e "branco", para um homem nascido de duas raças. Tudo o que era branco era identificado com perseguidores, e tudo o que era preto, com as vítimas a serem vingadas. Essas divisões rígidas do mundo em binários exibem o inverso do que encontramos na neurose, onde há um deslizamento entre os termos e uma dúvida intrínseca quanto à maneira de refletir sobre o mundo. Se o sujeito psicótico é capaz de dividir o mundo entre "homens" e "mulheres", ou "pessoas boas" e "pessoas más", o neurótico nunca tem muita certeza: um homem pode ser feminino demais, uma mulher, masculina demais, e as pessoas podem ser boas e más ao mesmo tempo. Embora haja muitos casos de psicose em que essa ênfase nos binários não se evidencia, nós os encontramos com certa frequência.

Num caso descrito por Morel, a paciente tinha dividido o mundo na oposição bom-mau. Essa jovem havia começado a ter problemas depois de ser aprovada nos exames do curso secundário. Até então sua irmã mais velha era considerada "má", como o pai, enquanto ela era considerada "boa" e feminina, como a mãe. A "maldade" do pai era uma espécie de traço hereditário que passara do pai dele para ele e, depois, para a irmã da paciente. Essa divisão elementar havia estabelecido uma filiação delirante, que a ajudara a organizar o mundo até as provas. Depois destas, ela passou a achar que emitia um "cheiro ruim" e que as pessoas aludiam a isso à sua volta. O primeiro sinal diagnóstico da psicose foi a fixidez da oposição bom-mau, que não admitia dialética nem mudança.

As oposições binárias rígidas podem ser deduzidas da fala da pessoa, às vezes se evidenciando com muita rapidez. Os termos da oposição, como bom-mau, ocorrem com tanta frequência que sua importância fica clara, como se, sem eles, a experiência que o sujeito tem do mundo se desarticulasse. Essas oposições binárias podem ser uma interpretação básica do desejo do Outro, e, como tal, ter

uma função protetora crucial para a pessoa. A divisão schreberiana de Deus entre um Deus Superior e um Deus Inferior foi um momento significativo na construção do delírio, e ajudou Schreber a separar as forças maléficas das forças mais benignas que ele sentia haverem invadido sua experiência.

Assim como os termos de uma oposição binária podem ter um peso especial no discurso do sujeito, também as palavras ou expressões isoladas podem assumir um valor particular, como junções ou conexões da fala que são necessárias para fixar o sentido. Como vimos no último capítulo, as idiossincrasias verbais são uma característica comum da psicose, e uma alusão verbal, um trocadilho ou até a ressonância de determinada palavra podem indicar a presença de um delírio. O novo uso de um termo antigo, a criação de novos termos ou a suposição de que o ouvinte compreende o sentido de uma palavra nova, todos são sinais clássicos da psicose. O que importa é a fixidez de uma palavra, uma frase ou uma formulação. Até uma estrutura gramatical pode ter essa função: seu uso repetido, em todos os pontos da fala de alguém nos quais é evocada uma significação problemática, pode ter a mesma função de um neologismo. À medida que o sujeito se aproxima de um ponto não simbolizável, as palavras ou sequências gramaticais se congelam, como uma proteção contra a proximidade do buraco.

Também devemos considerar aqui a emoção e o afeto, já que estes são usados com frequência na elaboração do diagnóstico da psicose. No passado, quando a pessoa parecia incomumente fechada, incapaz de vivenciar emoções, ou até em estado de estupor, desconfiava-se de esquizofrenia. Hoje, a maioria dos clínicos é mais cautelosa, porém ainda há uma tendência a usar o afeto como instrumento de diagnóstico. As razões pelas quais ele não é confiável são bastante claras. Uma pessoa pode parecer catatônica e, no entanto, mais tarde, revelar a intensidade das emoções que havia optado por não manifestar, assim como alguém pode demonstrar um excesso de emoção simplesmente para agradar ao outro, que a espera. A orientação dada por Edith Jacobson na década de 1950 ainda é de uma precisão absoluta: ela advertiu para o fato de que o afeto nunca é suficiente para se fazer um diagnóstico, embora sua qualidade e sua intensidade possam dar uma indicação dos processos de pensamento subjacentes.[23] Estes é que, em última análise, resolverão a questão do diagnóstico.

Se o afeto e a emoção devem ser cuidadosamente contextualizados, podem-se encontrar indicações diagnósticas na área correlata da localização da libido. No neurótico, a libido localiza-se mais ou menos nas zonas erógenas, especialmente nos órgãos sexuais, e costuma ser marcada pelo sinal da negatividade: não podemos ter o que queremos, a satisfação é muito curta, e assim por diante.

Lutamos por momentos de prazer, porém eles são fugazes e, em geral, não atendem a nossas expectativas. Similarmente, as fontes de satisfação situam-se fora do corpo, nas pessoas que desejamos e pelas quais ansiamos. No neurótico, portanto, a libido é limitada e tende sobretudo para o lado de um menos, e não de um mais. Na psicose, entretanto, as coisas são diferentes.

Nela, a libido está mais ligada à positividade do que à negatividade: ao invés de estar muito ausente, fica muito presente, e o psicótico tem que se defender dela constantemente. Situa-se no corpo, como na esquizofrenia, ou no Outro, como na paranoia. Na esquizofrenia, a automutilação pode ser uma das maneiras de tentar retirar a libido do corpo, ao passo que, na paranoia, agredir o Outro pode ser uma tentativa de negar a libido. Em todas as formas de psicose, graças ao fato de o simbólico não ter sido internalizado como no neurótico, existem localizações atípicas da libido. Cada caso pode ensinar-nos alguma coisa a esse respeito.

Às vezes, os fenômenos são notáveis: estados de êxtase ou arrebatamento, como os que o psiquiatra Oswald Bumke catalogou no começo do século XX.[24] A característica desses estados é que a excitação atinge a pessoa de fora para dentro. É comum não haver preparação, e ela simplesmente emerge com força esmagadora, como se a própria excitação corporal fosse um fenômeno externo. Em vez de ser buscada ou perseguida, como no neurótico, ela apenas se apresenta, sem ser anunciada. Tais momentos ou estados de excitação sexual ou agitação podem estar ligados a descobertas, revelações ou inspirações. Nas formas mais discretas, a pessoa pode ter sensações corporais estranhas sobre as quais prefere silenciar e que são vivenciadas como prazer, dor ou mal-estar físico. Às vezes, estes podem produzir preocupações hipocondríacas e um sentimento de perplexidade.

A expressão direta das emoções, e não sua ocultação, é também um sinal de psicose, em alguns casos. A pessoa pode rir, chorar ou experimentar reações acentuadas que não consegue controlar. Ao invés de o recalcamento tornar os sentimentos inacessíveis ou confusos, eles simplesmente aparecem com toda a sua clareza, como se houvesse uma continuidade entre um evento ou uma experiência de que a pessoa fala e sua reação a isso. As emoções ligadas a uma dada cena infantil mostram-se presentes, décadas depois, tais como tinham sido na época. Aqui, os sentimentos retornam no corpo da pessoa, independentemente de suas intenções conscientes, contornando a rede de pensamentos que, em outras circunstâncias, os codificaria.

Atentar para as questões que discutimos neste capítulo pode permitir a diferenciação entre a neurose e a psicose, que é essencial para o trabalho clínico.

Sem ela, permanecemos presos no campo cada vez maior dos rótulos da saúde mental, no qual todos os fenômenos superficiais são transformados em novas entidades diagnósticas. Essa multiplicação decerto pode beneficiar as empresas farmacêuticas, ansiosas por encontrar novos alvos para seus produtos, e também pode ser útil para alguns pacientes que procuram identificar-se com rótulos. Mas ela negligencia as estruturas básicas subjacentes que precisamos reconhecer, a fim de conceber estratégias terapêuticas reais para trabalhar com a psicose.

6. Causas da psicose

QUAIS SÃO AS CAUSAS da psicose? Por que algumas pessoas se tornam psicóticas e outras não? A psicose é uma estrutura mental que se estabelece muito cedo, provavelmente nos primeiros anos de vida. Isso não significa, é claro, que a pessoa venha um dia a enlouquecer. Há uma diferença, como vimos, entre ser psicótico e ter um surto psicótico. Para que esse surto se desencadeie, é preciso que entrem em jogo outros fatores, que discutiremos no próximo capítulo. Mas o que acontece, nesses primeiros anos, para que se instaure uma estrutura psicótica? A vasta literatura sobre a questão tem produzido muitas respostas diferentes: defeitos genéticos, desequilíbrios químicos, desempenho precário das funções parentais, mães deprimidas, pais ausentes, privação social, problemas de comunicação e assim por diante.[1]

A seriedade com que essas ideias são consideradas depende do clima cultural da época. No tempo em que os pais eram responsabilizados por tudo, eles eram tidos como a causa da psicose dos filhos. Quando os genes entraram em moda – como talvez esteja acontecendo agora –, os elementos biológicos passaram a ser os culpados. A maior parte dos resultados que se transformam em manchetes, sob a alegação de terem descoberto o gene da depressão maníaca ou da esquizofrenia, são achados passageiros, apesar de os meios de comunicação quase nunca divulgarem detalhes dos resultados negativos ou das retratações que se seguem. Outros "avanços" biológicos que chegam ao noticiário sugerem que o psicótico tem funções hepáticas, cerebrais, renais e circulatórias prejudicadas, tem deficiência de praticamente todas as vitaminas, sofre de desequilíbrios hormonais e tem enzimas desalinhadas. Já em meados da década de 1950 esse ciclo de empolgação e decepção era a norma. Escrevendo na revista *Science*, um psiquiatra assinalou que cada nova geração de biólogos tinha que ser doutrinada e desiludida. No entanto, essas lições eram mal aprendidas, e hoje existe um apetite insaciável de explicações biológicas.

Elas tendem a envolver dois equívocos fundamentais. Em primeiro lugar, observa-se com frequência que pessoas de gerações diferentes de uma mesma família têm uma "doença mental" idêntica. Logo, ela deve ser genética. Entretanto, para o bem ou para o mal, herdamos não apenas os genes de nossos pais, mas também os nossos próprios pais. Um jovem paciente paranoico falava muito pouco, exceto a frase "É uma questão de química e física".[2] Quando seu psiquiatra encontrou-se com seus pais e lhes perguntou o que achavam da situação do filho, a mãe respondeu, após um longo silêncio: "Bem, não sabemos nada sobre isso. Para nós é só uma questão de química e física." O pai e o paciente então repetiram baixinho: "É, é só uma questão de química e física." Crescer com um genitor que tem certos problemas exerce, é claro, um impacto na criança, e por isso ela própria pode desenvolver problemas. Essa dimensão da transmissão familiar costuma ser totalmente ignorada nos estudos genéticos, como se passássemos nossos primeiros anos de vida numa espécie de casulo abstrato, longe do contato diário com nossos entes queridos.

Do mesmo modo, a presença de um problema biológico não pode ser considerada isoladamente. Imaginemos que uma criança nasça com um problema genético ou neurológico específico que afete, digamos, sua fala, sua visão ou sua audição. Ora, é claro que isso terá algum impacto no lugar preparado para a criança pelas fantasias dos pais. Antes e durante a gestação, os pais têm ideias – conscientes e inconscientes – sobre quem seu filho virá a ser, como será, como se relacionará com eles. Será que o filho os amará como um dos pais deles os amou, ou deixou de amar? Será que reconhecerá os pais, como talvez estes não tenham sido reconhecidos por seus próprios pais? Mesmo no nível mais baixo da imagem do corpo, os pais têm ideias preconcebidas. Às vezes imaginam como esperam que seja a aparência do feto, e é comum se surpreenderem no exame de ultrassom, ao depararem com uma discrepância.

Por mais bondosos e amorosos que sejam os pais, a dificuldade biológica pode surtir um efeito em sua maneira de reagir ao filho, e esta pode ser rapidamente detectada pela criança, que, como sabemos, é muito sensível às interações afetivas. Se, mais tarde, essa criança desenvolver uma psicose, talvez o investigador presuma que o problema biológico seja a causa, em vez de encarar a psicose como um possível efeito das *reações* dos pais ao problema. Essa tensão entre as imagens fantasiosas que eles têm do filho e a realidade efetiva, marcada pelo problema biológico, pode constituir uma fonte de impacto significativo nas primeiras interações, frequentemente exacerbadas pelos comentários dos avós, das equipes médicas etc.

O outro mal-entendido diz respeito àquilo em que consiste o próprio gene.

Apesar dos alertas de muitos pesquisadores, a visão popular de um gene continua a ser a de um “traço unitário”, um elemento isolado que seria responsável por traços psicológicos ou comportamentais específicos. Os teóricos da eugenia do início do século XX afirmavam que genes específicos causavam o nomadismo, o crime, o desemprego, a indolência e o estilo de vida dissoluto, e estes, por sua vez, eram ligados ao “sangue ruim” dos judeus, dos negros e dos doentes mentais. A ideia de caracteres unitários foi um aspecto fundamental dessas teorias da hereditariedade, e foi desmentida há aproximadamente cem anos com a descoberta de que não existe uma correspondência simples, um para um, entre a característica visível e o gene que a produziria. Ao contrário, cada característica seria resultado de muitos genes diferentes num sistema, reagindo uns aos outros e interagindo com o meio. Na década de 1920, tornou-se sabido que genes diferentes podiam afetar uma mesma característica, assim como um único gene podia afetar características diferentes.

Apesar desses dados factuais, a teoria do caractere único ainda permeia a compreensão contemporânea da causalidade genética e, no começo dos anos 1990, os biólogos sugeriram que se buscasse um outro termo, já que “gene”[3] tinha se tornado muito propenso a interpretações equivocadas. Os genes eram vistos como agentes causais isolados, e não como partes de redes complexas de interações biológicas, que em geral dependiam, em larga medida, do que estava acontecendo no mundo circundante. Muitos biólogos reconheceram que a antiga oposição natureza/cultura já não podia ser mantida tal como fora antes. Aliás, o esforço de responsabilizar um gene, cindindo-o de todas as outras coisas que podem concernir a uma vida humana, tem certo traço psicótico, como se uma só entidade pudesse ser considerada culpada, tal como, na paranoia, um único agente é apontado como a causa do problema do sujeito.

O posicionamento rígido de um fator causal único é uma marca registrada do pensamento psicótico. Na paranoia, a culpa é imputada a um agente perseguidor, ou, nos casos de melancolia, ao próprio sujeito: a algum ato que ele praticou ou deixou de praticar no passado, como se apenas um ato, um detalhe ou uma causa pudesse explicar tudo, como a pedra filosofal. Esse estilo de raciocínio é onipresente, claro, em muitos tipos de pesquisas científicas, e pode ser contrastado com o estilo mais obsessivo que encontramos com igual frequência nas publicações médicas. Na conclusão dos estudos, há um parágrafo mostrando a indecisão dos autores: poderia ser este fator, mas também poderia ser aquele, e assim por diante, num ciclo interminável de procrastinação e dúvida. Como deve parecer mais atraente a certeza psicótica, com sua fixação em causas únicas! E isso explica, sem dúvida, a popularidade dos discursos psicóticos nas

reportagens da ciência midiática e nos comitês de concessão de verbas de patrocínio.

A perspectiva de Lacan era diferente, e como muitos psiquiatras de sua época, ele estabelecia uma distinção criteriosa entre as condições da psicose e as causas do surto psicótico.[4] Quando a condição básica era a falha da metáfora paterna, diversos fatores contributivos diferentes podiam entrar em ação. O advento da psicose nunca podia ser previsto de antemão, e só depois é que se podia trabalhar em sentido retrospectivo, explorando a história singular da pessoa para descobrir pistas capazes de mostrar como a psicose havia se estabelecido. E quais seriam esses fatores? O que pode comprometer a metáfora paterna, ou impossibilitá-la? Depois de examinar essas perguntas, veremos, no próximo capítulo, as situações específicas que podem efetivamente desencadear um surto psicótico.

VIMOS QUE HÁ dois períodos cruciais na infância de cada pessoa. Em primeiro lugar, há um momento em que a criança formula a indagação sobre as ausências da mãe. Aonde ela vai? Será que vai voltar? Por que está me deixando? As crianças frequentemente simbolizam essas ausências por meio de jogos, como o famoso "*Fort*/*Da*" descrito por Freud, que discutimos no Capítulo 2. Bonecas, chocalhos, chupetas ou outros objetos podem ser usados para encenar sequências de aparecimento e desaparecimento, enquanto a criança vai orquestrando as idas e vindas, as presenças e ausências. Brincar de "Cadê o neném? Achou!" e de esconde-esconde logo permitirá um tratamento mais elaborado desses temas.

Se o período inicial mostra que a criança está fazendo indagações sobre as idas e vindas da mãe, o segundo envolve a interpretação desses ritmos. Aqui, a fase inicial é de sedução, na qual a criança tenta tornar-se aquilo em que julga que a mãe está interessada. Isso pode significar ser muito boazinha ou muito malvada, extrovertida ou tímida, implicando com a mãe ou sendo cordata com ela. Cedo, porém, o filho se dá conta de que isso não funciona, de que há alguma coisa além da mãe a que ele nunca terá acesso, e de que satisfazê-la é proibido e impossível. Esse espaço além da mãe é ligado ao pai ou a algum agente que desempenhe um papel comparável: pode ser um dos avós ou qualquer outro parente, um amigo da família ou até uma profissão, como vimos antes.

O reconhecimento disso tem um efeito mediador na criança, indicando que ela não pode ser tudo para a mãe: outra coisa puxa a mãe para longe, algo que exerce um poder sobre ela. Tentar elaborar o que a mãe é para o pai e o que o pai é para a mãe constitui um período doloroso e crucial na infância. Às vezes, como vimos, a criança busca o auxílio de um elemento externo à família para ajudá-la

nesse processo, como é o caso dos animais totêmicos da fobia. Isso permite que a criança se afaste de um mundo de três lugares (o filho, a mãe e o objeto imaginário do interesse da mãe) para um espaço mais complexo, que se abre para o mundo social. O fato de haver um além da mãe introduz uma lacuna, como a peça que falta nos jogos que nos permitem deslizar as partes de um lado para outro, até constituir uma forma ou uma imagem. Sem essa lacuna, as peças ficam imobilizadas e nenhum movimento é possível. Portanto, o modo como a criança reconhece e registra esse além é crucial, e depende, em grande parte, de como a mãe o transmite, de como fala de seu mundo e de como situa o pai da criança dentro dele.

O importante, aqui, não são a força ou o poder efetivos que o pai tem, mas sim o modo como ele é representado no discurso da mãe, a forma pela qual ela o posiciona. Quando a mãe fala, será que é atribuído ao pai o mesmo valor que a todas as outras coisas em seu discurso, ou ele recebe um lugar privilegiado? Ele é respeitado ou é sempre denegrido? Esse ponto de referência pode ser ocupado por outras figuras, como vimos, desde que indique que a criança não é tudo para a mãe e que algum agente externo exerce influência ou poder sobre ela. Trata-se do processo por meio do qual o filho se conscientiza do fato de que a mãe é incompleta. E esse é um ponto privilegiado em que podem emergir problemas. Quando a mãe é identificada com a lei, como pode a criança vê-la como submetida *a* uma lei?

Uma de minhas pacientes descreveu o nascimento de seus filhos como se tivessem sido nascimentos divinos: o pai simplesmente nunca era mencionado. Quando eu lhe perguntava sobre as concepções e as gestações, ela fornecia uma profusão de detalhes, mas não fazia uma única referência ao homem que a havia engravidado. Era como se houvesse gerado os filhos sozinha. Isso é observado com frequência nas mães dos sujeitos psicóticos, como se o próprio corpo delas é que fosse responsável pela gestação e pelo nascimento dos filhos. Em certo sentido, é claro, essa é uma verdade biológica, mas foraclui não apenas o papel biológico do pai como também, o que é não menos significativo, a função simbólica do pai na configuração que precedeu a entrada da criança no mundo.

A moda psicológica atual da teoria das “Outras Mentes” equivoca-se a respeito dessa questão fundamental. O desenvolvimento infantil é visto como girando em torno do momento em que a criança se apercebe de que a mãe pode ter uma mente própria, diferente da dela; de que pode pensar coisas diferentes. Num experimento famoso, mostra-se às crianças um saquinho de doces com seu conteúdo. Algumas crianças saem da sala e um jacaré de plástico é colocado no pacote de doces, diante das crianças que permanecem lá. Em seguida, os

experimentadores indagam: elas esperam que as outras, ao voltarem, surpreendam-se com o conteúdo do saquinho? Será que atribuem suas próprias convicções às outras crianças, ou, ao contrário, compreendem que elas têm "outras mentes"?

É desnecessário dizer que os experimentadores não prestaram a menor atenção ao papel do simbolismo naquilo que estavam fazendo – o que representaria um jacaré para as crianças? –, mas o verdadeiro momento de mudança não vem quando a criança se dá conta de que a mãe tem uma mente própria, e sim quando percebe que há alguma outra coisa além da mente da mãe, que ela pode ser objeto do pensamento de um terceiro, ou pensar em alguém que não seja ela mesma nem o filho. Essa triangulação falta, flagrantemente, em algumas formas de psicose. A pessoa pode atribuir tudo a si mesma: seus amigos não lhe telefonam por causa de algo que ela fez, e não por algo que eles próprios tenham que fazer. É como se, em todos os momentos de sua vida, estando ela com quem estiver, fosse sempre uma questão dela mesma e do outro. Não existe um terceiro termo para mediar as relações humanas, não há um além da outra pessoa. E é por isso que muitos desses sujeitos preferem evitar as outras pessoas por completo. Elas sabem que a proximidade será sempre excessiva.

Às vezes, um delírio pode tentar lidar com esse problema. O sistema de Schreber não era apenas referente a ele e a Deus, mas a toda a complexa rede dos raios e nervos que formavam parte da Ordem do Mundo. As preocupações dele não se concentravam exclusivamente em como os raios e os nervos se ligavam ao seu corpo, mas em como esses dois conjuntos de filamentos se relacionavam *entre si*. Portanto, ele estava estabelecendo formas de triangulação que pudessem temperar a posição insuportável de habitar um mundo que contivesse apenas ele e essa imensa Outra Mente que ele chamava de Deus.

Vale a pena esclarecer aqui os problemas da triangulação, já que eles se enquadram em mais ou menos três grupos. No primeiro, existem apenas a mãe e o filho, como se ninguém e nada mais existissem. O filho corre o risco de ser reduzido a um puro objeto da mãe. No segundo, existem a mãe, o filho e o objeto do interesse materno, criando-se, portanto um triângulo mínimo. O filho pode tentar preencher esse espaço que acredita que irá satisfazê-la. No terceiro grupo, existem a mãe, o filho, o objeto do interesse materno e o terceiro termo real, frequentemente, embora nem sempre, ligado a representações do pai. Cada uma dessas estruturas gera seus próprios conjuntos de problemas, embora as duas primeiras sejam características da psicose.

A ausência de um terceiro termo costuma ficar clara quando a paranoia gera atos de violência. Vivendo num mundo em que é constantemente perseguido, o

paranoico pode sentir, em relação ao perseguidor, que “é ele ou eu”. Aqui, o estádio do espelho não tem uma mediação simbólica: trata-se apenas da pessoa e da imagem diante dela, que tanto lhe confere identidade quanto a rouba, ao mesmo tempo. É por isso que, como assinalou a psicanalista Sophie de Mijolla-Mellor, a pessoa pode dizer que agiu em legítima defesa quando mata seu perseguidor desavisado e desarmado, alguém que pode nem sequer ter sabido da existência de seu assassino.[5]

Essa impossibilidade de situar um terceiro termo pode significar que a criança continua presa na posição de objeto materno. Este pode assumir a forma de uma entidade puramente biológica, cujas necessidades básicas são atendidas, porém pouco mais do que isso, ou a de um companheiro estimado e valorizado, não só investido pelo afeto, mas recebendo um investimento excessivo, como se fosse tudo para a mãe. Quando a mãe se satura com o filho, não existe falta, daí a dificuldade, se não a impossibilidade, de ir além da relação com ela. O corpo da criança pode tornar-se o próprio lugar da satisfação materna, o que podemos ver não apenas em algumas das psicoses infantis, mas também em casos de adultos em que o sujeito tenta desesperadamente regular ou eliminar de seu corpo a presença da libido, talvez através de automutilações, perfurações ou até da retirada de partes do corpo.

O sujeito tenta criar uma separação da libido materna, que fica aderida a ele, distanciar-se dos aspectos de seu corpo que abrigam essa presença alheia e invasiva. Como me disse uma paciente, ela precisava cortar habitualmente o cabelo, que sua mãe havia adorado afagar quando ela era pequena. Só assim, explicou, podia sentir-se segura. Quando os sujeitos esquizofrênicos descrevem seus atos, pensamentos e sentimentos como produto de outras pessoas, explicados por meio da sugestão, da possessão, da influência hipnótica ou de alguma máquina de influenciar, não estarão evocando essa presença do Outro dentro deles?

O PAI TAMBÉM PODE desempenhar um papel na preparação do terreno para a psicose. Vimos nos exemplos do Pequeno Hans e de Marcel Pagnol que o pai real podia ser cotejado com o marco simbólico e considerado carente. Em ambos os casos, uma solução foi encontrada por meio da introdução de um elemento externo: um cavalo, no caso de Hans, e as perdizes-das-rochas de Marcel. Esses animais funcionaram como um conduto para que a função simbólica da paternidade pudesse operar, dando ao filho uma orientação e uma direção. Mas o que aconteceria se, em vez de aceitar sua fraqueza necessária, o pai efetivamente

tentasse competir com o agente simbólico, usurpá-lo, para se transformar ele mesmo na lei? Um de meus pacientes lembrou-se de ter estado numa fila de cinema, quando era pequeno, esperando na companhia do pai, e do desconforto que tinha sentido. Havia uma barreira ao lado deles, logo, por que o pai não a pulava, simplesmente, para chegar mais depressa à bilheteria? Se a lembrança levantava uma questão para esse paciente sobre a masculinidade do pai, como deveríamos compará-la com um caso em que o pai agisse como se não existissem barreiras?

Muitos casos de psicose mostram-nos um pai que se toma pela lei, em vez de situá-la como um agente além dele mesmo. A posição social do pai pode ou não ter relevância nessas situações: há casos de psicose em filhos de juízes e policiais, mas o papel profissional em si nunca é suficiente para nos dizer nada. O que importa é a maneira de o pai se relacionar com seu papel, seu modo de assumi-lo, até que ponto ele se identifica com este, e se reconhece ou não e transmite ao filho que ele próprio está sujeito a uma lei simbólica que o ultrapassa.

Em alguns casos, o pai literalmente se toma pela lei, ao passo que, em outros, a lei fica reduzida a um ideal, como a justiça, a caridade ou a imparcialidade. O fator decisivo é menos o conteúdo do ideal do que o modo como o pai se relaciona com ele. Quando se identifica apaixonadamente com esse ideal, é possível que a lei simbólica que o ultrapassa permaneça inacessível, ou que as contradições e discrepâncias assumam um peso traumático e excessivo. Schreber descreve seu pai como tendo “uma missão quase apostólica de levar saúde, felicidade e bem-aventurança às massas”.[6] É difícil não ligar a imposição do sistema rígido e sumamente idealista desse pai à psicose de Schreber. Enquanto Moritz Schreber era o ponto de origem dos imperativos pedagógicos, ortopédicos e calistênicos da criação dos filhos, Deus, no delírio de seu filho, não era autor da lei, mas, ao contrário, estava sujeito à Ordem do Mundo, ele próprio. Essa “relação legítima” significava que Deus não interferia muito nos assuntos humanos: mantinha-se à distância correta. O delírio de Schreber, portanto, visava retificar a usurpação da lei por parte de seu pai.

Lacan também evoca, nesse ponto, o pai que se apresenta como excessivamente virtuoso, como um pilar da fé, um modelo de integridade ou devoção, alguém dedicado a uma causa beneficente, à nação ou a algum ideal de segurança. Quanto mais é invocado um ideal abstrato por um dos pais, mais o filho pode sofrer quando esse genitor ficar aquém do ideal, seja por deficiência, seja por fraude. A chave, nesse caso, é que o ideal é situado pelo genitor na dimensão simbólica, como um princípio organizador do mundo. Quando ele é

questionado, portanto, o que ocorre não é uma perturbação local, mas um esfacelamento de toda a existência da pessoa. Ao crescermos, necessitamos de muito mais do que alimento e abrigo: necessitamos de um vínculo com a ordem simbólica, baseado na confiança. É preciso sabermos que, quando os adultos falam conosco, não nos estão enganando, para não precisarmos nos perguntar perpetuamente: “Eles estão dizendo isso, mas o que será que realmente querem dizer?” O trabalho inicial de Bateson e seus colaboradores afirmou que essa questão é recalcada nos neuróticos, mas está presente em muitas formas de psicose. Na impossibilidade de estabelecer uma confiança básica na fala, em que mais podemos alicerçar nossa presença no mundo?

Quando se implantam ideais na ordem simbólica, e depois se revela que eles eram mentiras, os próprios alicerces da pessoa são retirados. Não se trata apenas de ela se decepcionar com o pai, mas de que os vínculos efetivos com seu mundo ficam abalados. Num dado caso, um pai impôs seu próprio sistema de educação aos filhos, desde o instante de seu nascimento. As crianças tinham de comer, dormir e fazer suas necessidades fisiológicas exatamente da maneira que o pai queria, e este desenvolveu uma filosofia própria para dar sentido a essas imposições cruéis. Empenhou-se em fazer os quatro filhos já terem o controle dos esfíncteres com um ano de idade. Emoções negativas não eram permitidas, e as crianças tinham que sorrir até mesmo enquanto apanhavam do pai, para mostrar que reconheciam a justiça de sua punição. Em vez de a lei estar além dele e ser transmitida por ele, ainda que de forma canhestra, esse pai tornou-se idêntico à lei, ditando-a, ele mesmo, através de sua filosofia. Como juiz respeitado, ele ocupava uma posição de grande poder, e nenhuma das criadas ou babás da casa se atrevia a questioná-lo. A mãe aceitou sem protestos o sistema de criação dos filhos do casal.

Apesar da crueldade do sistema paterno, a paciente o amava apaixonadamente. “Eu era tudo o que meu pai queria que eu fosse. A ideia que ele fazia de mim – era isso que eu era.” Sempre que os dois iam a um restaurante, ela fechava os olhos e deixava o pai introduzir qualquer comida nova em sua boca, em sinal, segundo dizia, de sua completa confiança nele. Nada podia macular esse amor, até que, muitos anos depois, ela descobriu os detalhes da dissoluta vida extraconjugal do pai. Nesse momento, foi forçada a questionar todas as lições dele sobre a moral, os perigos da masturbação e a importância da fidelidade. Foi nesse ponto que começou a observar os gatos, no mundo que a cercava, e a interpretar seus movimentos e sons como mensagens que lhe diriam o que fazer na vida. Quando a segurança do mundo paterno foi posta em questão, ela estabeleceu uma nova bússola, aquilo a que chamava “a lei

dos gatos”.

POR MAIS TRAUMÁTICA que tenha sido a criação de alguém, há uma certa responsabilidade pessoal em sua maneira de optar por dar sentido ao mundo. O meio familiar pode tentar forçar ideias e interpretações à criança, mas há sempre uma margem de escolha, por mínima que seja, que ainda assim é própria. Isso nos traz à questão da participação da própria criança na psicose. Deve haver um elemento de escolha na decisão de aceitar ou rejeitar a ideia do pai, não simplesmente do pai real e empírico, mas do terceiro simbólico que é necessário para o funcionamento da metáfora paterna. Se a paternidade implica um ato de reconhecimento simbólico entre as gerações, uma confiança básica, esse ato pode ser rejeitado, por diversas razões pessoais e específicas da história de cada indivíduo.

Há casos em que a criança pode simplesmente se recusar a aceitar que exista algo além da mãe, qualquer terceiro capaz de mediar e pacificar. Foi o que Melanie Klein apreendeu com a sua teoria das posições esquizoparanoides e depressivas. Ela afirmou que uma fase fundamental da primeira infância envolvia o registro de que o seio gratificante e o seio frustrante – os seios “bom” e “mau”, em sua terminologia – eram uma coisa só. A criança compreenderia que a mãe era a sede de qualidades contraditórias, o que criaria certa tristeza. O que vemos com muita clareza em algumas crianças psicóticas é que, não raro, tais sentimentos são impossíveis. No lugar deles, há um puro ataque sádico. Uma frustração amorosa, por exemplo, pode não gerar nenhum sentimento depressivo, mas, ao contrário, produzir uma série de ataques violentos.

Essa falta de tristeza pode resultar da recusa a reconhecer que existe um terceiro além da mãe. Afinal, a aceitação disso teria um efeito deprimente, indicando que o filho não pode satisfazê-la por si mesmo e nunca será o bastante para ela. Temos aí, mais uma vez, uma pista sobre a lógica que perpassa inúmeras criações psicóticas, nas quais o sujeito tenta tornar-se a peça que falta, quer isso assuma a forma do redentor da humanidade, quer a do objeto de amor de uma figura pública ou um grupo religioso.

Essa rejeição do terceiro pareceria basear-se na pura dor de ter que romper um estado fusional com a mãe: daí a criança destinar ao esquecimento a função paterna ou seu equivalente. No entanto, ao explorarmos as histórias infantis de sujeitos psicóticos, nos casos em que parece haver menos ênfase na desvalorização do pai pela mãe ou na usurpação do lugar da lei pelo pai, tendemos a constatar que a relação inicial com a mãe foi marcada não por uma

fusão, mas por descontinuidade e turbulência. Talvez essas sejam as situações que tornam ainda mais desesperado o esforço da criança de satisfazê-la, advindo daí a foraclusão.

Em outros casos, a rejeição envolve uma falta de confiança na própria ordem simbólica, como vimos no caso do homem cuja epifania disse respeito à palavra "Deus" e na descrença de Loughner na fundamentação das palavras. Rejeitar o agente simbólico da paternidade ou o terceiro pode ser uma decisão incentivada pelas próprias palavras da mãe, ou pode não o ser. Todavia, num caso após outro, ao escutarmos com atenção, constatamos que se deu essa falta de estabelecimento da função paterna. Ela pode ser incentivada pela depreciação do pai na fala da mãe, pela anexação paterna do lugar da lei, pela decisão da própria criança de não confiar no pai ou no simbólico ou por qualquer combinação desses fatores.

Devemos assinalar que tudo isso é compatível com a existência de pais amorosos e de uma boa relação com o pai real. Lacan teve o cuidado de não fazer do pai real a causa da psicose, mas de ver essa causa na não integração da função simbólica da paternidade, o que resulta numa ruptura do processo de simbolização do desejo da mãe. Essa rejeição ou não integração da função simbólica pode envolver um investimento insuficiente ou excessivo no pai real. No caso que discutimos acima, o pai real foi elevado à condição de um Deus, ou, mais precisamente, a filha aceitou e aprimorou o autoenaltecimento dele. Em outros casos, o pai simplesmente não conta. As perguntas relativas à infância do paciente recebem respostas monossilábicas, como se o pai tivesse sido simplesmente riscado da história familiar. É importante reconhecer aqui a diferença entre a família de carne e osso e as relações simbólicas que se constroem entre os familiares a partir da fala. A rejeição da instância paterna pode ocorrer mesmo quando o pai real e o filho parecem se dar bem e ter uma relação amorosa.

Este ponto não deve ser esquecido, pois tende a levar com muita facilidade ao antigo argumento de "culpar os pais". O fator decisivo é como a criança entende a relação – ou falta de relação – entre os pais. Assim, há uma certa responsabilidade na escolha da própria estrutura psicológica pela criança, fato este que é compatível com uma grande variedade de antecedentes familiares. O reconhecimento disso deve desencorajar as tentativas fúteis de descobrir o tipo exato de família que é geradora de psicose. A ênfase rígida num único conjunto de características superficiais é inútil, embora existam certas coisas que podemos descobrir e explorar sobre as constelações familiares da psicose.

As generalizações sobre as mães de sujeitos psicóticos não raro são ineptas, e

não há nada que se possa chamar de “mãe de esquizofrênico” ou “mãe de paranoico”. Podemos constatar certas características em muitos casos, mas isso não significa que sejam todos. Podemos deparar com muitas mães de esquizofrênicos que não fizeram um investimento narcísico no bebê em seu ventre, ou que o viram como sua criação singular, ou que sofreram de depressão pós-parto, porém não existe nenhuma rota causal singular que vá desses fatos para a psicose do filho. Há muitos fatores envolvidos, e devemos explorar os detalhes da vida inicial e da constelação familiar do paciente em cada situação.

Dito isto, uma certa dinâmica da relação mãe-filho efetivamente surge, repetidas vezes, e podemos considerá-la sem a obrigação de encontrar a pedra filosofal da causalidade. Gisela Pankow afirmou que a mãe do esquizofrênico não consegue ver seu filho como uma entidade independente.[7] Num dado exemplo, constatou-se que uma mulher havia negligenciado a filha, privando-a de alimento e cuidados básicos. Anos depois, ela explicou que “eu não conseguia acreditar que pudesse dar à luz nada separado de mim”. Seu bebê, disse ela, “não era real”, e assim ela o havia tratado como um objeto. Se a criança não pode ter existência independente, como pode crescer acreditando em sua própria existência? Do mesmo modo, se a mãe não confia em sua capacidade de cuidar do filho, ou acredita que o filho não deposita essa confiança nela, isso pode criar dificuldades significativas na relação mãe-filho, uma falta de confiança no Outro, que alguns analistas têm ligado à paranoia.

Piera Aulagnier teve a ideia de que essas dificuldades iniciais podem impedir a criança de pensar em suas próprias origens e, por isso, tudo que as evoca é evitado. Essas ideias são foracluídas, e a vida simplesmente continua. O risco surge em momentos em que a questão da origem é mobilizada, mais obviamente na maternidade ou na paternidade. Nesse momento, o surto psicótico pode ser desencadeado. A outra solução, para Aulagnier, é o desenvolvimento precoce de uma ideia delirante sobre a origem, como que para tomar o lugar daquilo que nunca foi articulado no discurso dos pais. Quando os pais impõem inconscientemente um tabu ao pensamento, a criança constrói um delírio. Isso também é compatível com a vida normal, só vindo a se tornar problemático quando eventos externos questionam a ideia delirante.

Aulagnier também apontou muitos contrastes interessantes entre as constelações familiares da esquizofrenia e da paranoia. Observou que as mães dos paranoicos frequentemente falam dos sacrifícios que suportaram e da coragem que demonstraram para criar os filhos, enquanto o desejo paterno é designado como perigoso ou nocivo. Ao sentir o peso do martírio materno, as ideias críticas e hostis da criança a respeito da mãe tornam-se impossíveis de

assumir: rejeitadas do psiquismo, retornam então de fora, sob a forma de delírios de perseguição. Podemos acrescentar que o apego dos filhos ao pai também é frequentemente tratado pela mãe como um crime: eles não têm o direito de amar alguém tão maligno. Já na esquizofrenia, Aulagnier notou que era comum as mães exibirem uma atitude de rejeição da autonomia dos filhos, ou de completa apropriação dela.

"Nunca soube que estava grávida", disse a mãe de Joey, e, no nascimento dele, "pensei nele como uma coisa, não uma pessoa." Em contraste, outra mãe pôde dizer diretamente ao filho: "Não preciso lhe perguntar o que você quer. Você sou eu." Nessas condições, que espaço resta para a criança pensar? Sem que qualquer autonomia lhe seja atribuída, como pode ela ter um eu, ou saber o que é a *sua* experiência e o que é *a de outra pessoa*? Se a criança é obrigada a pensar o que outros pensam, nada mais parece possível. Vemos isso, na clínica, na identidade entre a fala da mãe e a do filho, frequentemente espantosa: mesmo quando eles são entrevistados em separado, é fornecida a mesma versão de uma história de vida, como se nenhuma alternativa fosse possível.

Essa ideia pareceu oferecer uma explicação para a característica especificamente esquizofrênica de acreditar que os próprios pensamentos e o próprio corpo são controlados por outra pessoa, detalhe que não encontramos na paranoia. Similarmente, os problemas na relação primitiva entre mãe e filho também pareceram explicar outras características da esquizofrenia. Tomemos o exemplo da chamada síndrome de Capgras, na qual o sujeito psicótico acredita que as pessoas a seu redor foram substituídas por sósias. Apesar de ser vista como uma raridade exótica, ela é uma verdade muito corriqueira, e vários de meus pacientes acreditam que fui "substituído" por uma cópia, em certos momentos. Constatamos esse fenômeno no caso de Schreber, quando ele diz, a respeito de sua mulher, que estivera continuamente a seu lado até ter que se ausentar para uma viagem de quatro dias, em visita ao pai: "Acreditei ver nela não mais um ser vivo, mas apenas uma figura humana feita por milagre, do tipo dos 'homens feitos às pressas'."

A explicação óbvia é que a mudança no comportamento da pessoa querida é intolerável, e sua incoerência significa que o sujeito prefere acreditar em duas pessoas diferentes, e não numa pessoa capaz, ao mesmo tempo, de satisfazer e frustrar, talvez em função de suas sucessivas presenças e ausências. Isso faz eco à questão infantil de como os ritmos iniciais da presença e da ausência podem ser entendidos – ou não. Se grande parte das primeiras pesquisas concentrou-se em padrões de maternagem, é este último problema, o de como a criança lida com os ritmos da presença e da ausência, que pode nos ajudar a dividir o campo

clínico: em vez de tentarmos combinar tipos de mães com tipos de pacientes, podemos explorar as diferentes maneiras pelas quais a criança é capaz de simbolizar, ou de não conseguir simbolizar, o desejo materno.

Nos exemplos de Capgras, em vez de vê-los como consequência de uma maternagem incoerente, podemos postular uma dificuldade fundamental no estabelecimento da significação e, portanto, de um funcionamento simbólico. Temos aí uma inversão do princípio de Von Domarus: não é que dois sujeitos sejam identificados com base num único predicado comum, mas sim que a presença de um conjunto idêntico de predicados implica a existência de dois sujeitos. Ela parece a mesma, fala do mesmo jeito, mas é outra pessoa. Em vez de presumir que a mãe é a mesma, porém vem e vai, o sujeito a divide em duas. Como me disse uma de minhas pacientes psicóticas: “Querido, eu não trabalho com permanência de objetos.”

As muitas descrições excelentes de mães de esquizofrênicos nos permitem discernir níveis complexos e com frequência quase invisíveis de interação entre mãe e filho, mas, no final das contas, não existe um estilo único de maternidade que produza a esquizofrenia, digamos, e não a paranoia. O fato de determinada mãe amar seu filho, condicional ou incondicionalmente, de investi-lo de uma missão ou negligenciá-lo, privá-lo da identidade pessoal ou ver apenas o reflexo de sua própria fantasia no filho, tudo isso sem dúvida surte efeitos, mas não no sentido de garantir um único futuro. A razão pela qual as psicoses se enquadram em grupos distintos não vem dos estilos distintos de maternagem, mas dos recursos acessíveis à criança no mundo da significação.[8]

VIMOS, ANTERIORMENTE, que a criança deve ligar as presenças e ausências da mãe a algo que está além dela, em geral identificado com o pai. Esse processo implica que a criança registra o ritmo de presença e ausência e, como sugere Colette Soler, há um grupo de psicoses que se baseia num problema nessa operação arcaica. Quando a presença e a ausência não são registradas, a criança pode literalmente não reagir nos momentos de saudação ou de adeus, como vemos em algumas crianças autistas. Elas agem como se nada houvesse acontecido quando alguém entra ou sai da sala, como se o ritmo de presença e ausência não fosse minimamente simbolizado. É por isso que também podem ser cativadas por qualquer coisa que encarne essa alternância básica – como uma luz que se acende e se apaga. Impossibilitadas de internalizar as oposições binárias mais elementares que se acham no cerne da ordem simbólica, essas crianças só conseguem ter acesso a elas como que de fora para dentro.

Curiosamente, talvez possamos ver um retorno a esse ponto em algumas formas de “demência”, nas quais a pessoa só consegue perguntar, repetitivamente, “Quando verei você de novo?”, como se seu mundo inteiro se reduzisse a esta única pergunta fundamental. Tomando um outro exemplo, um paciente disse: “Eu não conseguia pensar em minha mãe quando não estava com ela.” Quando as presenças e ausências maternas não são simbolizadas, essa ausência pode ser equivalente ao desaparecimento da mãe, como vemos no pavor produzido pela ausência dos pais em algumas crianças psicóticas: é como se o afastamento da mãe deixasse um buraco em sua realidade, em vez de ser apenas compreendido como uma partida temporária. Como me disse um paciente esquizofrênico, apavorado com a aproximação de minhas férias: “Você ia desaparecer num buraco que depois também ia desaparecer, e aí você não teria mais existido.”

Em outro caso, os pais da paciente a deixaram com uma parenta quando ela contava um ano e meio, para fazerem uma viagem. Ao retornarem, a filha se recusou a reconhecê-los, e, tempos depois, datou desse ponto a sua própria “morte”. Os pais simplesmente deixaram de existir para ela e, depois que saiu de casa, ela cortou todo o contato com os dois. Os dias em que eu não estava disponível para recebê-la, ou em que estava de férias, eram-lhe impossíveis: cada partida era não só uma traição, mas também um desaparecimento irreversível. Nesse grupo de psicoses, o que fornece a etiologia central é menos uma rejeição do pai que um problema no processo de simbolização da mãe.

Em tais psicoses, o registro de um lugar criado pelos desaparecimentos da mãe não foi simbolizado e, assim, o sujeito não dispõe de nada com que dar sentido às idas e vindas dela. Tudo que consegue registrar é o fato de que “algo” mudou para pior, e isso pode gerar, por um lado, fenômenos como a síndrome de Capgras – na qual as idas e vindas de alguém são tomadas como ações de pessoas diferentes – ou a hipocondria, que é, afinal, um modo de tentar expressar que as coisas estão diferentes, que ocorreu uma mudança. O problema inicial aqui, na marcação do lugar da mãe, é a razão por que, como vimos, é tão vital para o sujeito esquizofrênico fabricar uma falta em algum lugar de seu mundo. Ele pode usar isso para se distanciar do Outro, que está sempre perto demais, e para encontrar um ponto de segurança.

A distinção entre o que a psicanálise chama de “alienação” e “separação” é útil, neste ponto, para formular a diferença entre essas formas de psicose. Nós nos alienamos nos significantes que provêm de nossos pais, nas ideias e fantasias em meio às quais nascemos e que moldam o início de nossa vida. Deles assumimos certos traços, aspirações e maneiras de ser. A própria linguagem nos

aliena, já que devemos existir dentro de seus parâmetros e estruturas. Entretanto, também devemos nos separar desses significantes, distinguir-nos deles, criar uma distância, já que, de outro modo, pertenceríamos de corpo e alma ao Outro. As crianças aprendem a falar, como certa vez assinalou Karl Popper, não quando conseguem enunciar palavras, mas quando são capazes de mentir, isto é, de saber coisas e fazer coisas de que o Outro não tem conhecimento. Esse é um exemplo do processo de separação.

É somente graças a essa separação que podemos genuinamente nos incluir na linguagem, na cadeia das ideias, pois, de outro modo, seríamos puros joguetes da fala, incapazes de nos libertar das palavras dos outros. Seríamos simples cópias das ideias e imagens que nos fossem impostas, e teríamos o Outro desfrutando de uma linha direta para nosso corpo e nossa mente. Podemos ver uma metáfora desse processo na batida única que a criança dá no tambor, depois de os pais ordenarem que ela pare de bater: aquela batida única é o ato que mostra que, mesmo que ela venha a cumprir as regras, é sua decisão fazê-lo.

O grupo das psicoses ligadas à simbolização arcaica das ausências maternas envolve um problema com a alienação: a pessoa não entra na alienação inicial na cadeia de ideias que vem dos pais. As palavras parecem não surtir efeito, sugerindo que há uma rejeição básica daquilo que provém do Outro. A presença e a ausência não são simbolizadas. Nesses casos, é comum depararmos com a acumulação ou as coleções, como se a pessoa não pudesse separar-se de pedaços de papel, latas ou detritos cotidianos, os quais pode até carregar nos bolsos.

No outro grupo de psicoses certamente existe alienação, mas não separação, de modo que as palavras têm um efeito excessivo, ao invés de insuficiente. É como se o sujeito fosse representado por todos os significantes, e não apenas por alguns deles. Como disse John Custance: “Não consigo olhar para coisa alguma sem receber dela uma ideia que leva a um impulso para a ação.”[9] As palavras sempre o empurravam; olhar para um tinteiro [*inkpot*] gerava a imagem das letras “tinteiro” diante dele, o que, por sua vez, obrigava-o a ir ao toalete, ao vaso sanitário [*pot*]. Uma vez, sucedeu-me dizer a palavra “pio” [*tweet*] a um paciente, e fiquei surpreso ao constatar que ele a entendeu como uma ordem para entrar no Twitter, ordem esta que cumpriu imediatamente. Não havia barreira entre a palavra e o efeito. Essa é a obediência automática que encontramos em algumas formas de esquizofrenia. A pessoa fica grudada à linguagem, incapaz de criar uma separação.

Essa incapacidade de se separar no nível simbólico pode forçar o sujeito psicótico a tentar produzir uma separação em outro registro. Para se certificar de um lugar, de uma fixidez que sua alienação irrestrita na linguagem não é capaz

de proporcionar, ele pode empenhar todos os esforços em se fixar, às vezes de modo muito literal: tocando os objetos em volta, batendo com os pés ou praticando algum ato de autoagressão. Esta falta de posição no simbólico significa que ele pode ficar propenso a perambular, a vadiar por ruas, estações de trem e terminais de ônibus. Sem um ponto de separação, esses sujeitos não têm bússola e precisam encontrar seus próprios meios de se fixar.

O suicídio é outra maneira de criar uma separação da cadeia significante. Eis como um paciente descreveu sua tentativa de suicídio: “Houve um silêncio súbito, como antes de uma bomba atômica, e aí as pílulas tinham passado pela minha garganta.” O ato de engoli-las foi completamente isolado de qualquer sentido de uma ação subjetiva ou uma volição. “Mais ou menos um minuto depois, fiquei surpreso ao ver as caixas de comprimidos vazias. Percebi que tinha tomado os comprimidos, e o bastante para me matar. Mas aí não senti nada, não pensei em ninguém nem em coisa alguma, nem senti angústia.” O ato suicida tinha envolvido uma separação da cadeia de pensamentos, evocada nesse exemplo não apenas pela ingestão dos comprimidos, mas pela curiosa localização do “silêncio”: ele não se situou *depois* da bomba atômica, como se poderia esperar, mas *antes* dela, como que para indicar o eclipse de qualquer senso de subjetividade, qualquer posse do pensamento. É frequente que a separação forçada de um ato suicida se afigure a única alternativa para a pessoa que se sente inteiramente à mercê do Outro, seja completamente grudada a ele, seja literalmente abandonada.

A falta de uma distância do Outro significa que tudo pode ficar próximo demais, invasivo demais. “Todas as palavras”, continuou Custance, “quase todas as letras de um jornal para as quais me acontecesse olhar, continham alguma mensagem terrível do mal.” Sem meios de nos separarmos do Outro, permanecemos aderidos a seus significantes. Cada elemento da realidade transforma-se num sinal que nos chama. Em contraste, nas psicoses em que não há alienação, nada nos convoca e não há nenhum sinal que nos represente.

Como podem surgir essas relações estranhas com a linguagem e com o mundo dos sinais? Quais seriam as causas dessas posições diferentes? Agora precisamos voltar-nos mais detidamente para a exploração do impacto da linguagem na criança pequena e para as maneiras pelas quais ela pode afetar a experiência do sujeito na psicose.

AS PRIMEIRAS PESQUISAS ocidentais sobre as interações mãe-filho tenderam a atribuir pouca subjetividade ao recém-nascido, à parte seu desejo de comer. Até

os atos de reconhecer e diferenciar a mãe de outras pessoas eram tidos como ocorrendo bem depois do nascimento. Todavia, um trabalho cuidadoso começou a mostrar que havia transações complexas entre o bebê e a mãe, começando na vida intrauterina e envolvendo sobretudo ciclos de atividade.

Houve época em que se acreditou que os bebês só conseguiam ter boa audição vários meses depois do nascimento, mas novos estudos demonstraram que o feto é capaz de discernir sons já aos quatro meses de gestação. Depois que a mãe fala ou canta, por exemplo, há certos movimentos no feto, que em seguida cessam, enquanto a mãe continua. Essas pesquisas mostraram que a mãe e o bebê engajavam-se em ciclos interativos de atividade: cada um dava lugar ao outro, numa espécie de revezamento elementar.

Embora haja dúvidas quanto ao sentido que se pode dar a esses ciclos, o fator essencial é o momento em que ocorrem as trocas. Depois de fazer sua contribuição, cada participante se retira, para deixar que o outro responda. Esse revezamento elementar pode ser visto como a estrutura mínima do diálogo humano, que prepararia o terreno para a fala. Houve uma divergência importante, nesse ponto, entre as pesquisas ocidentais e orientais. Enquanto os psicólogos do Ocidente tenderam a ver a capacidade de fala como um potencial inato para a expressão dos pensamentos, a ser ativado pelo meio circundante, a tradição russa viu o pensamento em si como uma importação: internalizaríamos o diálogo à nossa volta, e isso estabeleceria a estrutura do pensamento. Segundo esse modelo, os pensamentos viriam primeiramente de fora e teriam a forma de um diálogo: de fato, isso é exatamente o que nos dizem alguns sujeitos psicóticos sobre sua experiência.[10]

A implicação dessas pesquisas foi que o pensamento e a fala estão sempre, em algum nível, ligados ao diálogo, ou, pelo menos, à ideia da fala de outra pessoa. Mesmo quando uma criança fala sozinha, sem mais ninguém presente, alguns aspectos formais do diálogo continuam presentes. Isso viria a ser demonstrado de forma decisiva a partir do estudo dos monólogos do berço – o balbucio dos bebês e das crianças pequenas ao adormecerem. Os monólogos do berço existem, sem dúvida, desde que existem bebês, e é incrível que só na década de 1960 tenham começado a receber alguma atenção dos linguistas. O estudo inovador foi conduzido por Ruth Weir, em 1962, tendo como sujeito seu filho de dois anos e meio, Anthony, e foi publicado com uma introdução do linguista Roman Jakobson. Weir pôs um gravador perto da cama do pequeno Anthony e, posteriormente, fez uma análise linguística dos dados recuperados ao longo de um período de meses. Seus resultados foram memoráveis.[11]

Ao escutar os monólogos de seu filho na hora de dormir, ela notou, em

primeiro lugar, algo que estudos posteriores confirmariam: a frequência dos imperativos na fala da criança. Deitado sozinho em sua cama, ele recitava ordens para si mesmo, e essa presença de “outra” fala na sua foi constatada ao longo de todas as gravações. Às vezes, os imperativos podiam ser tomados por declarativos, como em frases do tipo “pular no cobertor amarelo” ou “fazer muito barulho”, e a hesitação de Weir quanto ao melhor modo de classificar esses exemplos é instrutiva. Talvez ela mostre que aquilo que termina como um declarativo tem sua origem num imperativo, isto é, na fala que vem do Outro e é endereçada ao sujeito.

O linguista Paul Guillaume afirmou que os nomes próprios não são apenas designações estritas de objetos, mas chamamentos que contêm o significado afetivo que aquela pessoa tem para a criança, de modo que as formas linguísticas primitivas não podem ser categorizadas em termos de categorias gramaticais adultas. “Mamãe” e “papai”, por exemplo, são menos substantivos do que imperativos, participantes linguísticos da ação concreta. Todo discurso pode ter essa raiz imperativa, e é interessante lembrar que houve época em que os linguistas se perguntaram se o imperativo teria sido o primeiro modo da fala humana.

Ao estudar os solilóquios noturnos de seu filho, Weir chegou a outra importante conclusão: esses aparentes monólogos não eram monólogos, em absoluto, mas diálogos. Anthony produziu o que ela chamou de “um diálogo falado por uma pessoa só”. Era como se o menino estivesse sempre no processo de *dirigir a si mesmo*, e a fala da hora de dormir fosse um momento privilegiado para isso. Enquanto seu bichinho de pelúcia, chamado “Bobo”, era mais ou menos ignorado durante o dia, na hora de dormir tornava-se um interlocutor no monólogo do berço, destinatário de numerosas ordens e chamamentos. O fato de esses diálogos ocorrerem nos limites do sono implica que esse é um ponto privilegiado para a internalização da fala. Constatações similares foram feitas por pesquisadores posteriores, mas, antes de tentarmos compreender os resultados de Weir, podemos introduzir outro tema dos estudos sobre a linguagem infantil.

Se o pequeno Anthony interessava-se especialmente por ter interlocutores, as mães passam uma percentagem significativa de seu tempo dialogando com bebês que não têm nenhuma possibilidade de lhes responder diretamente. Estudos transculturais mostraram que cerca de 70% da fala das mães com os bebês compõem-se de formas interrogativas: “Você está com fome?”; “Quer beber alguma coisa?”; “Está sentindo muito calor?” O intrigante, aqui, é menos a frequência dessas formas sintáticas do que o fato de elas não se espelharem na

fala subsequente dos próprios bebês. Não se demonstrou qualquer correlação entre a frequência das formas interrogativas na fala materna e na fala dos filhos. Na verdade, a ordem inversa das palavras, que é característica das formas interrogativas em algumas línguas, quase nunca está presente nas primeiras produções linguísticas dos falantes nativos.

Isso é surpreendente, considerando-se tudo que sabemos sobre os padrões imitativos, e é interessante os pesquisadores terem constatado que não só as crianças tendem a imitar a fala materna, como tendem a imitar mais quando a mãe *as imita*. A relativa frequência com que as crianças imitam a fala das mães foi correlacionada com a relativa frequência com que as mães imitavam a fala dos filhos. As crianças, como se verificou, eram mais propensas a imitar as imitações maternas do que outros atos de fala. Isso mostrou que os bebês não apenas aprendem *imitando* as mães, como aprendem, num certo sentido, o próprio processo de imitação.[12]

Se considerarmos agora a frequência dessas formas interrogativas na "fala tatibitate" materna, veremos que isso sugere que o bebê, embora não seja capaz de falar, recebe um espaço potencial no mundo linguístico da mãe. Ainda que não possa responder com palavras, o bebê ganha a *possibilidade de responder*, a qual pode assumir a forma de um gesto, do choro e, mais tarde, de palavras, à medida que ele cresce e aprende os códigos de linguagem da mãe. Nos primeiros meses, entretanto, a função das perguntas maternas deve ser a de preparar um lugar na fala para o sujeito falante que vai nascer. As formas interrogativas da fala materna não apenas criam um contexto em que os balbucios se tornam significativos, como também oferecem um espaço ao sujeito. Isso não é, de modo algum, uma coisa dada: pensemos nas situações em que o cuidador não faz pergunta alguma à criança, mas, ao contrário, *diz-lhe* que ela está com calor, com frio, com fome ou com sede. Nesses casos, o pai ou a mãe sabem tudo e podem tentar fazer a criança acreditar que ela não tem uma subjetividade separada. Isso não deixa espaço para que o eu emerja. O bebê é simplesmente um objeto do Outro.

As formas interrogativas do discurso materno também podem ser ligadas aos estranhos fenômenos linguísticos encontrados no limiar do sono. As palavras que ouvimos nos estados hipnagógicos e hipnopômpicos foram objeto do interesse da psiquiatria, em certa época, e Kraepelin ficou especialmente intrigado com elas.[13] Nos estados de adormecimento e despertar, os fragmentos linguísticos em geral parecem necessitar de complementação ou elaboração. A maioria das pessoas provavelmente já experimentou isso ao acordar: ou lhes resta um fragmento verbal a que elas não conseguem dar sentido, mas que parece

importante, ou elas sabem ter solucionado algum mistério ou enigma durante o sono, mas não conseguem se lembrar de como o fizeram. É como a famosa demonstração da existência de Deus, segundo Bertrand Russell: ele sabia que a havia feito e jogou sua caixa de tabaco para o alto, a fim de comemorar, mas, tragicamente, depois só conseguiu se lembrar da imagem de estar atirando a caixa.

Na impossibilidade de reconstituir a demonstração, o único legado que restou dela foi essa imagem, junto com a sensação de certeza de haver solucionado alguma coisa. Do mesmo modo, quando temos a sensação de haver resolvido um problema ou um quebra-cabeça crucial durante o sono, em geral tudo que nos resta é o afeto concomitante e um fragmento de frase, talvez, mas não a solução real. Sendo assim, por que essa estranha insistência não apenas de fragmentos incompletos de linguagem, mas também da sensação de que eles precisam ser completados, ou de que são importantes e nos dizem respeito?

A resposta exige que ampliemos o modelo clássico da linguagem. Apesar de suas muitas vicissitudes ao longo do século XX, a linguística se manteve predominantemente fiel ao modelo oitocentista dominante da linguagem, que envolveria três funções principais: referencial, emotiva e conativa. A função referencial trata dos aspectos denotativos e conotativos da linguagem, seu modo de se relacionar com os objetos; a emotiva trata da relação do falante com suas palavras, que são expressão de sua atitude; e a conativa trata da relação com o destinatário ou receptor, como nos casos da indagação ou da ordem. Ora, isso nos leva ao ponto crucial: todas essas perspectivas sobre a linguagem exploram a relação com o destinatário, mas o que elas não fazem é estudar *a experiência de ser o destinatário do discurso*. E será que as experiências do bebê a quem a fala é dirigida e do adulto no limiar do sono não indicam exatamente os contornos dessa função da linguagem?

Ser o destinatário é algo essencial e algo problemático para o bebê, por duas razões muito simples: primeiro, o significado das interpelações do adulto é inicialmente enigmático, e, segundo, o bebê não tem defesa imediata contra isso. Quase todas as outras interações com o adulto podem ser objeto de alguma forma de contestação, alguma demonstração da própria subjetividade. A criança é capaz de questionar o que o adulto lhe oferece ou lhe pede. Pode recusar-se a comer, a beber, a usar o troninho, e assim por diante. Mas o que ela não pode rejeitar com a mesma facilidade é que o Outro lhe dirija a palavra. Em vez de ver nisso um detalhe trivial, não devemos subestimar sua importância como uma função central da linguagem e da experiência infantil. O próprio fato de não haver defesa contra isso concede-lhe um potencial persecutório.

Emerge aqui um paralelo com o olhar, que talvez seja a única outra forma da presença do adulto contra a qual não há uma defesa imediata.[14] Os bebês podem se recusar a seguir a orientação do olhar do adulto, podem fechar os olhos quando deveriam mantê-los abertos, mas não podem impedir o fato de serem olhados. E talvez esteja aí, portanto, a razão de as crianças terem comumente a fantasia de que, ao fecharem os olhos, podem tornar-se invisíveis para os outros. O olhar do Outro e o fato de ser o destinatário da fala têm em comum a característica de serem experiências impostas de "fora" que concernem diretamente à criança, mas das quais não é possível ela se defender. Nesses estados, ficamos na posição de objeto e não de sujeito para o Outro. E, exatamente por essas razões, o olhar e a voz podem tornar-se invasivos e ameaçadores.

Outro paralelo pode ser traçado aqui. De que modo a criança se defende do olhar do Outro? Uma das soluções, descrita por Lacan, envolve a produção de telas, que funcionam no sentido de distrair o Outro. Chama-se a atenção para uma imagem ou uma tela que o sujeito manipula, para manter o olhar afastado de si. É o princípio do amuleto, um objeto mantido junto ao corpo para desviar o mau-olhado e, com isso, assegurar a proteção de quem o usa. Assim, há uma cisão entre o olhar do Outro e a tela oferecida pelo sujeito. Será que também podemos encontrar uma cisão semelhante atuando no campo dos sons? Quando o sujeito tem que se defender da experiência de lhe dirigirem a palavra, será que a produção do som não tem a mesma função da tela no campo da visão, que poderia assumir a forma, por exemplo, de uma pintura?

O exemplo mais básico disso talvez seja o grito do bebê – não o grito que expressa dor ou alguma demanda, mas o que abafa as interpelações do Outro, que às vezes torna muito difícil, para o Outro, continuar a dizer alguma coisa. Schreber descreve essa experiência com grande clareza. Havia momentos em que ele "urrava", especialmente à noite, "quando os meios em geral adequados à defesa, como falar alto, tocar piano etc., não são aplicáveis, ou o são apenas de um modo limitado. O urrar me proporciona então a vantagem de abafar com seu estrondo tudo o que em seguida for falado dentro da minha cabeça." Trata-se da mesma ação que tantas pessoas em trânsito praticam, a caminho do trabalho. Enquanto ouvem seus iPods, a música abafa não apenas os sons do metrô ou do ônibus, mas também as ideias invasivas que os perturbam, quer estas assumam ou não a forma de vozes. Quase todos os meus pacientes que ouvem vozes usam iPods ou fones de ouvido para esse fim.

Sentindo que a voz da mãe o invadia – e, por extensão, a totalidade da língua inglesa –, Louis Wolfson obstruía todos os orifícios do corpo para se defender

dela. Ouvia programas estrangeiros o dia inteiro, num rádio transistor de bolso, e sempre levava consigo livros em francês e alemão. Até a alimentação foi afetada, pois ele não suportava ver as palavras em inglês nas embalagens e latas da cozinha de sua mãe: pegava-as com os olhos semicerrados. Toda frase e toda palavra eram vivenciadas como uma interpelação pavorosa, como se sua mãe tentasse "injetá-las" nele.[15]

Se a princípio o bebê não consegue se defender da experiência de lhe dirigirem a palavra, por meio de uma recusa, que outras possibilidades ficam a seu alcance, além de tapar os ouvidos? Talvez aqui entrem em jogo formas mais sutis e menos evidentes de recusa. Uma das opções pode ser a criança agir como se, na verdade, quem lhe dirige a palavra não fosse determinado adulto, mas alguma outra coisa, e voltar a atenção para outro lugar. Ou então agir simplesmente como se ninguém estivesse falando com ela, o que é uma estratégia muito conhecida nas crianças. Nessas ocasiões, o registro visual costuma ser invocado, e a criança olha para o espelho ou para uma superfície refletora, ou, em alguns casos, literalmente se gruda a seu reflexo.

Certa mãe descreveu que seu filho adolescente olhava fixo para seu próprio reflexo e, quando ela lhe dirigia a palavra ou o chamava nos momentos em que ele estava fitando a própria imagem, o filho não escutava. Todavia, inverter essa lógica esclarece a situação dos dois: tratava-se menos de o rapaz não poder escutar por estar se olhando fixamente, e sim de que olhar fixo era uma fuga da dimensão persecutória e invasiva da voz materna. Devemos recordar que essas opções não salvam a criança da realidade de alguém lhe dirigir a fala, mas constituem formas de resposta. Quando alguém se recusa a ouvir, isso significa que ouviu muito claramente o que era esperado dele. Mas há também uma outra opção, à qual voltaremos mais adiante.

É interessante levar um pouco mais adiante o paralelo com o olhar. Como lidar com a dimensão invasiva do olhar do Outro? Por que não invocar aqui as muitas brincadeiras de "Cadê o neném?" feitas por mães e filhos, que envolvem um ritmo de presença e ausência? Poderíamos dizer que sua função é ligar o olhar do Outro a uma estrutura, a um ritual de presença e ausência em que a característica fundamental é que o olhar *nem sempre está presente*. Usa-se uma brincadeira para "socializar" e domar uma presença ameaçadora. O aspecto invasivo do olhar do Outro é reprimido, retirado do espaço que habitamos para constituir nossa realidade. E não haverá algo parecido em ação na experiência de ser o destinatário do discurso? Será que o monólogo do berço, descrito por Weir e outros, não tem exatamente essa função? Em vez de seguir a interpretação que ela dá a esse monólogo como um exercício precoce de aprendizagem da

linguagem, poderíamos vê-lo como uma espécie de processo de incorporação que caminha para o alívio da angústia. Ao gerar ela mesma um diálogo, porventura a criança não consegue modular a experiência de ser a destinatária da fala? Nesse momento, ela se torna a organizadora, dirigindo-se a um outro, *em vez de ser ela própria a única destinatária*.

Assim como as brincadeiras de "Cadê o neném?" ligam a experiência intrusiva de ser olhado a um ritmo e uma estrutura, o monólogo do berço faz o mesmo com a experiência de ser o destinatário da fala. Ele modula a função do destinatário – e será que muitas outras brincadeiras infantis não dão continuidade a essa mesma tarefa? Várias delas, afinal, envolvem um participante que assume um papel diferente do dos outros, enquanto os demais resistem a receber esse papel. De fato, as estratégias do "comigo não está", tais como as construções verbais cada vez mais complexas para impedir as possibilidades de um efeito predeterminado, tornam-se parte da brincadeira ou até jogos em si. Também poderíamos evocar os desafios das brincadeiras de "verdade ou consequência" conhecidas desde a infância, nas quais ninguém sai ganhando, realmente, e a questão é mais apenas fazer o que outra pessoa diz, ou, o que é muito significativo, tentar evitá-lo. Por fim, podemos pensar nas muitas brincadeiras de bater em portas, nas quais uma criança é escolhida ou se oferece para bater numa porta e sair correndo. O fio que perpassa todos esses exemplos são as relações diferentes que o sujeito mantém com a experiência de ser o destinatário. E nessas brincadeiras joga-se com essa experiência, que é modulada e absorvida numa estrutura. Ser objeto da fala torna-se uma variável de todas essas brincadeiras de interpelação, de modo que não se é simplesmente um objeto da fala de outra pessoa. Existem maneiras de evitar esse lugar e de brincar com ele.[16]

Depois de isolarmos a função linguística da interpelação e a experiência de ser o destinatário da fala como seu corolário, toda uma gama de fenômenos torna-se mais clara. As peculiaridades linguísticas observadas nos limiares do sono envolvem, como podemos ver agora, uma separação dessa função. Temos a experiência de palavras ou frases que nos interpelam, ainda que seu significado seja opaco, e a sensação ocasional de "respeito" que Otto Isakower notou em seu estudo dos fenômenos hipnagógicos é um sinal do envolvimento subjetivo.[17] Ao nos prepararmos para dormir, essa função pode ser modulada, como nos monólogos do berço, ao passo que, durante o sono em si, ela não nos incomoda muito, até reemergir mais ou menos na hora de acordarmos, e talvez até desempenhe algum papel nesse despertar. Isto corrobora a visão bastante radical de Freud sobre o sono, não como uma ocorrência passiva, mas como um processo ativo. Não caímos no sono: nós nos *fazemos* adormecer.

Agora estamos em melhores condições de compreender por que o olhar e a voz são tão presentes e persecutórios na psicose. Em vez de serem vinculados a uma estrutura e reprimidos, eles emergem como invasivos, ameaçadores e não mediados. O sujeito se sente olhado, espionado, como se falassem com ele, lhe dirigissem a palavra. O mundo inteiro, em alguns casos, os olha e fala com eles. Nos casos em que a dimensão invasiva da voz e do olhar não foi extraída, o sujeito psicótico pode ter que recorrer à violência para afastá-los de seu mundo imediato: e, de fato, inúmeros atos psicóticos visam desarmar um olhar ou uma voz que se intromete neles de maneira insuportável.

Poderíamos pensar aqui no notório crime das irmãs Papin, as duas criadas que, no momento em que a ameaça persecutória de suas patroas pareceu chegar ao auge, arrancaram os olhos das torturadoras com as próprias mãos, antes de matá-las.[18] Embora esses casos extremos possam ser raros, uma ocorrência comum, quando se vandalizam quadros e esculturas em galerias e museus, é que o primeiro alvo, na maioria das vezes, são os olhos da pessoa representada. De forma similar, entre os ataques aparentemente não motivados a figuras públicas, é muito comum constatarmos que a pessoa agredida era um locutor. Em todas essas situações, o sujeito tenta desesperadamente enfraquecer ou desarmar aquilo que penetra nele: um olhar ou uma voz que ele sente lhe serem dirigidos.

Essa função linguística da interpelação opera aqui em sua forma pura: é a experiência do ser interpelado, isolada de qualquer modalidade sensorial e campo semântico específicos, sentida como um imperativo que exige obediência ou convicção. Nas palavras de um de meus pacientes, “até as descrições, para mim, são sempre acusações”. Ou, como escreveu Schreber, “sinto cada palavra dita a mim ou nas proximidades, cada passo humano que ouço, cada apito do trem de ferro…, ao mesmo tempo, como uma pancada desferida na minha cabeça”.[19] O sujeito tem a sensação de que alguém ou alguma coisa o chama, dirige-se a ele, intromete-se nele.

ESSA FUNÇÃO de ser o receptor da fala é introduzida pela experiência de ser interpelado, mas pode então emergir em qualquer registro sensorial, inclusive na visão, no tato ou no olfato. Como já observamos, em certas condições – fadiga extrema, uso de drogas, privação sensorial –, qualquer um pode ter uma alucinação, mas, para que ela realmente figure como um fenômeno psicótico, é preciso que tenha um efeito de significação para a pessoa: esta deve entendê-la como algo que faz um sinal *para ela*, mesmo que não saiba sinal de quê. A alucinação visual pode ser um veículo da estrutura linguística que estamos

discutindo: através do olhar dos outros, a pessoa se sente visada. É essa função de recepção da linguagem, vivenciada pelo sujeito, que define a verdadeira alucinação.

A alucinação é realmente o lugar em que a função de destinatário emerge em sua forma pura e emerge, em geral, no início da psicose, de forma flagrante ou discreta. Neste ponto, devemos fazer uma distinção entre as alucinações *referentes* ao sujeito e as *dirigidas* ao sujeito: nas primeiras, uma voz pode descrever continuamente as ações dele ("agora ele está se vestindo, agora ele está indo trabalhar…"), enquanto as do segundo tipo geralmente são obscenidades ou acusações sexuais, em geral envolvendo termos pejorativos associados às mulheres ("vaca!", "vagabunda!" etc.). Há também as alucinações que dão instruções à pessoa, mandando-a executar certas tarefas, que vão desde um ato homicida até ações cotidianas banais, como ficar de pé ou escovar os dentes. Os atos lentos e desajeitados do paciente podem ser erroneamente interpretados como um sinal de deterioração do cérebro, quando, na verdade, são consequência de ele ter que ouvir as instruções necessárias a cada passo da vida cotidiana. Essas três formas de alucinação correspondem a três modos de tratamento, como se as vozes se tornassem veículos das funções interpeladoras da linguagem.

A alucinação verbal, como assinalou Lacan, não se limita a um sensório particular qualquer: não tem que assumir uma forma acústica, mas pode privilegiar qualquer modalidade sensorial.[20] O que importa é a questão da atribuição: existe a sensação de que ela visa ao sujeito? O amplo alcance desta definição responde pela ampla variedade de manifestações clínicas. Um paciente explica que recebe palavras da terceira cama da esquerda, que se gravam em sua barriga. Outro fala em ouvir "palavras mudas". Outro informa que "escuto uma voz na minha cabeça, mas não nos meus ouvidos", "uma voz distante". Outro diz sobre suas vozes que "eu não as escuto, eu as sinto falando". Bleuler citou pacientes seus que evocavam "vozes sem som". No dizer de um deles, "não a escuto em meus ouvidos. Tenho a sensação no meu seio. Mas é como se eu tivesse ouvido um som." Para outro paciente, "Deus sempre fala comigo", "ele não produz som, é como um pensamento". O que permanece constante, entretanto, é a experiência de ser interpelado, independentemente dos canais pelos quais isso funciona.

Separar a alucinação de determinadas modalidades sensoriais foi uma consequência do modelo lacaniano da linguagem. A linguagem é uma estrutura que opera e surte efeitos em todos os níveis da percepção sensorial. Decorre daí que, se uma das propriedades da cadeia significante é a função do destinatário,

esta pode retornar em qualquer modalidade. Pode emergir através do silêncio, por exemplo, ou da visão, do tato ou do olfato. Há inúmeras situações em que o silêncio nos dá a sensação de sermos interpelados, de modo que a questão não é equiparar vozes ao som, mas descobrir os efeitos das vozes no campo do som, como nos ensinam muitos sujeitos psicóticos. A maneira de uma pessoa pontuar sua fala, seu ritmo e seu estilo verbal fornecem indícios de suas maneiras de incorporar a função de destinatário.

A maneira como a fala é pontuada sempre envolve uma instalação e suposição implícitas da presença do ouvinte e, em termos mais gerais, da suposição de ser o destinatário. Assim, a fala da pessoa pode ser organizada de modo a barrar qualquer possibilidade de ela ser interpelada, ou, ao contrário, suscitá-la. Podemos observar que o uso de conectivos sempre indica a presença desse aspecto do Outro: quando as crianças começam a usar termos como “e” e “mas”, isso aponta para a suposta presença, ou, a rigor, intromissão de outro falante. Não estaria certo Charles Sanders Peirce, ao sugerir que pensar sempre assume a forma de um diálogo, quer o saibamos, quer não?

Se nos voltarmos para a visão, poderemos encontrar outros exemplos dessa função. Um filme como *O chamado* conta a história de um videoteipe que interpela estranhamente seus espectadores, enviando-lhes uma mensagem letal. Nesse caso, o campo visual chama o sujeito, que tenta, de forma desesperada e inútil, evitar a interpelação por ele. Similarmente, no fenômeno da morte por feitiçaria, o pedacinho de matéria simbólica, quer se trate de um boneco ou de um pedaço de fio de cabelo, tem efeitos catastróficos na pessoa que o encontra. Aqui, embora seja visualmente apresentado, o objeto consiste numa concentração da função do destinatário: é pura interpelação, um vetor que aponta aquele que o encontra. Para além do visual, ele chama o sujeito. Daí os seus efeitos assustadores. A função linguística, nesse caso, opera através da visão.

A própria linguagem sempre contém essa potencialidade, que pode retornar sob a forma de murmúrios, vozes, cochichos, zumbidos, comentários verbais e os muitos fenômenos descritos pelos psicóticos. Nesse ponto, é óbvio, devemos responder à questão de por que essa função interpeladora da linguagem não está presente para todos. Afinal, ela é nossa experiência mais básica de fala em nossa primeira infância. No entanto, pode ser mediada e recalcada, ao ser entremeada nas estruturas simbólicas mínimas da presença e da ausência, como vimos, e, num outro nível, lida-se com ela no processo da metáfora paterna. O que faz esta senão reatribuir fundamentalmente uma função de destinatário? Os interesses da mãe já não são dirigidos apenas à criança, mas registrados como voltados para outra pessoa ou coisa, além dela e da criança. Isso afasta o vetor interpelador.

Sem essa operação, permanecemos expostos ao vetor.

A metáfora paterna estabelece uma significação-chave, fixando o campo dos significantes. Quando ela não ocorre, significante e significado, em certos momentos, podem começar a se soltar da cadeia significante. Se a inscrição do terceiro dá uma significação ao desejo da mãe no inconsciente, a foraclusão significa que esse desejo não pode ser simbolizado e, portanto, a fala do Outro não é situada no inconsciente: pode se dirigir à pessoa o tempo todo, mas sem ser necessariamente atribuída a outro sujeito, atribuída simplesmente ao próprio "campo da percepção".[21]

Em certos momentos, que exploraremos no próximo capítulo, o mundo não apenas começa a falar, como fala *com* a pessoa. Bleuler descreveu um paciente que ouviu seu nome vindo de um copo de leite e que depois foi interpelado pelos móveis.[22] Em alguns casos, há apenas uma interpelação pequena e discreta, mas, em outros, ela pode se transformar numa cacofonia insuportável. Como me explicou um rapaz sobre uma tentativa anterior de suicídio: "O barulho era insuportável. Tudo era uma mensagem para mim, todos os anúncios, cada trechinho de música nas lojas ou na rua. Era demais. Eu tinha que achar uma saída."

Voltemos à pergunta que fizemos antes sobre as possibilidades de resposta à experiência de ser interpelado. Descrevemos duas delas: agir como se estivesse sendo interpelado por outra pessoa ou coisa, ou fingir que simplesmente não era esse destinatário. Mas por que não hipotetizar uma terceira alternativa, que consistiria na rejeição completa dessa função linguística: a linguagem menos a função interpeladora, menos a experiência de ser interpelado. Não será esse o quadro clínico que encontramos em alguns estados autistas?

Se no fim de seu tratamento Joey era capaz de dizer "eu" e de dizer o nome de algumas crianças e do terapeuta, nunca usava nomes nem pronomes pessoais na forma de tratamento direto, mas apenas na terceira pessoa indireta. Kleist distinguiu o que denominou de "psicoses de referência" e de "alienação" ou "despersonalização", isto é, aquelas em que é feita uma referência ao sujeito e aquelas em que tudo parece remoto e isolado, alheio ao sujeito e desligado dele.[23] Nestes últimos estados, o próprio corpo parece morto, e as ideias, os movimentos e a fala parecem não ter pertinência pessoal. Embora não concordemos com essas explicações, a ideia de um grupo de psicoses que se baseia numa falta de autorreferência tem ressonância com nossa argumentação. Entretanto, mais que ver isso como um dado, preferimos entendê-lo como algo que envolve a rejeição da função interpeladora da linguagem, no intuito de preservar a segurança do sujeito.

E não haveria certas consequências clínicas? Num nível imediato, isso daria uma explicação para o que é sabido pela maioria das pessoas que trabalham com sujeitos autistas: não tente dirigir-se diretamente a eles. E, em segundo lugar, diria que *qualquer* palavra pode ser potencialmente vivenciada como invasiva. Perguntas simples podem ser ouvidas como agressões e intromissões. Isso significa que a culpada não é a semântica, e que não é através da semântica que se conseguirá obter qualquer progresso. O problema, aqui, tem a ver com a experiência de ser visado, e, portanto antecede qualquer questão relativa à significação. Para que a interpelação desempenhe um papel, terá que ser por meio de sua modulação, e não por meio de seu exercício direto.

Encontramos um exemplo disso nas *Memórias* de Schreber. Ao diferenciar um Deus Inferior de um Deus Superior, ele nota que o primeiro costumava ser mais amistoso, enquanto o segundo era mais hostil. Ambos o atacavam com vozes, muitas vezes abusivas e insultuosas, mas algumas comunicações do Deus Inferior "eram, em parte, dirigidas a mim pessoalmente e, em parte – como que faladas pela minha cabeça –, ao colega dele, o Deus Superior". Portanto, a função de interpelação estava sendo modulada: apesar de falarem através dele, as vozes, na verdade, também se dirigiam a uma outra pessoa, e podemos conjecturar que essa própria característica contribuía para a natureza benigna do Deus Inferior. Schreber já não era o único objeto das vozes.[24]

A estranha dinâmica dos nervos e raios de Schreber ilustra o mesmo processo. Sua situação em relação aos raios divinos era, a princípio, muito indefesa: tal como o olhar e a voz do Outro, nada conseguia impedir que eles o atingissem. Mas, à medida que seu delírio se desenvolveu, ele começou a ponderar a questão do que os raios pensariam dos nervos. Logo, os raios não o destacavam como seu único objeto, uma vez que parte da concentração deles voltava-se para os nervos. Através dessa triangulação, a função de destinatário foi modulada, mais uma vez.

Essa transformação da função de destinatário pode lançar luz sobre a urgência que alguns sujeitos psicóticos sentem de entregar uma mensagem: eles têm a missão de educar, de disseminar o conhecimento, de ensinar, revelar. Além da questão de tentar resolver a falha do mundo, não haverá também nisso um esforço para transmitir a experiência de ser interpelado? O sujeito já não é o único destinatário, mas deve fazer os outros escutarem também.

Um de meus pacientes era aterrorizado por alucinações auditivas que o mandavam matar-se ou se insultar. Ouvir seu iPod quase o dia inteiro, todos os dias, não bastava para bloquear as vozes, mas ele conseguiu inventar certa solução para seu sentimento persecutório. Combinamos que, toda vez que

ouvisse uma de suas vozes, ele me mandaria uma mensagem de texto com as palavras proferidas. Isso significou que eu recebia regularmente insultos, obscenidades e ordens, mas, por meio desse processo, as vozes tornaram-se menos invasivas para ele. Com efeito, ao enviar as mensagens de texto, ele criava um circuito a partir da experiência inicial de ser interpelado. Agora, o vetor se estendia, transmitindo essa experiência a mim, e com isso o protegia de ficar no lugar do único destinatário. De certo modo, essa prática foi como que uma extensão de algumas das brincadeiras infantis que discutimos antes, e seus efeitos foram significativos para meu paciente.

Entretanto, como e por que as vozes começam, antes de mais nada? Se neste capítulo examinamos as condições que preparam o terreno da psicose, devemos agora voltar-nos para a questão dos desencadeadores do surto. Embora muitas pessoas – talvez a maioria delas – passem pela vida com uma estrutura psicótica sem jamais surtarem, quais são os fatores que podem realmente levar a loucura silenciosa do cotidiano a catapultar para seu correlato visível e dramático?

7. O desencadeamento do surto

QUANDO OS PÉS de um rapaz de 23 anos tocaram o chão, depois de seu primeiro salto de paraquedas, sua psicose foi detonada: “Eu sou Deus”, ele disse. Vinte anos antes, encontrara-se com o pai pela primeira vez, depois de este ser solto da prisão. “Quem é ele?”, havia perguntado à mãe. “É seu pai”, respondera ela. “Pai não é coisa que caia do céu.”[1]

A maioria das pessoas psicóticas nunca experimenta um surto de sua psicose. A vida apenas segue em frente, e não há um momento de colapso ou desintegração. No entanto, em alguns casos, a psicose irrompe, em geral de maneira apavorante e inicialmente catastrófica. Ajudar a pessoa a atravessar esse período difícil pode desviar a atenção da reconstrução da sequência exata de acontecimentos que leva ao surto. No entanto, um estudo cuidadoso dos detalhes dessa cronologia é terapêutico em si e proporciona informações valiosas, não apenas quanto à razão de a pessoa haver surtado, mas também quanto ao que havia impedido que ela enlouquecesse até então. E isso pode ser crucial para mapear as estratégias terapêuticas do tratamento.

Prestar atenção a essas sequências iniciais é sempre fecundo, mesmo que possa levar meses e, às vezes, até anos para que os detalhes pertinentes venham à tona. Quanto mais exploramos os momentos de cristalização e irrupção da psicose, mais podemos compreender o que é a psicose. Para além dos fenômenos ruidosos e visíveis das alucinações ou das ideias francamente delirantes, existe um desenvolvimento lógico que tem que ser escavado caso a caso. Em seu estudo clássico da esquizofrenia, Bleuler observou que, mesmo que não haja nada parecido com um curso típico da psicose, mapear uma sequência paradigmática permite, ainda assim, que se abram novas perspectivas. Mesmo que os casos isolados não fiquem à altura do paradigma, este nos estimula a fazer perguntas sobre os pontos de convergência e divergência da sequência que

seria esperável.[2]

O desencadeamento do surto psicótico tende a passar por diversas etapas. Em primeiro lugar, existe uma sensação de que as coisas mudaram. Ela pode ser descrita como uma vaga ideia de que tudo está errado, ou simplesmente diferente. A pessoa não consegue determinar exatamente o que é. Talvez se sinta ansiosa, confusa ou intrigada. Vez por outra, pode haver uma sensação de alegria ou um contentamento inexplicável. Há uma impressão de significação no mundo a seu redor, como se, de algum modo, ela estivesse cônscia de que as coisas são significativas, mas não de uma forma definida. A psiquiatria clássica forneceu descrições esplêndidas desses estados, mas, não raro, eles só são acessíveis à pessoa após um grande número de diálogos detalhados. As experiências invasivas que ocorrem posteriormente podem dificultar, para o sujeito, a lembrança do que aconteceu nas primeiras fases, as quais podem ser simplesmente qualificadas como envolvendo uma sensação de perplexidade ou enigma.

É possível que haja certo retraimento das relações sociais, talvez problemas para dormir ou algumas ideias hipocondríacas. A pessoa fica preocupada, em alguns casos se torna incapaz de se concentrar em seus interesses habituais. A impressão de significação que ela havia discernido pode passar por uma alteração sutil ou muito direta. As significações que intui dirigem-se a ela, embora não fique claro de que modo ou em que sentido. Há uma ideia de "significação pessoal" nessas significações, diferente da continuidade da experiência anterior. O carro que passa, a mudança do tempo ou a reportagem do jornal parecem destacá-la de algum modo. Sinais cotidianos começam a se referir a ela, e essas ideias de referência podem ganhar impulso. Como disse um sujeito psicótico, "tudo significa 'alguma coisa'". O mundo se modificou, está diferente: tem um sentido, um caráter necessário, mas a significação real disso não é clara. O sentimento dominante é de perplexidade, mas com a impressão de que as mudanças do mundo *concernem ao sujeito*. Algumas palavras ou frases podem começar a preocupá-lo, como se tivessem um peso desproporcional, ainda que seu sentido seja opaco.

O mal-estar hipocondríaco que comumente aparece nesse ponto pode ser difícil de descrever. Talvez a pessoa diga que alguma coisa não está certa, que houve uma alteração em seu corpo, e é possível que ela procure orientação médica para encontrar uma explicação. Em contraste com as preocupações corporais que podem surgir em fases posteriores da psicose, não há uma queixa fixa isolada, mas, antes, uma gama mutável de inquietações. A pessoa pode passar horas buscando pistas na Internet sobre as sensações que experimenta.

Enquanto no sujeito paranoico é comum haver a impressão de que a mudança está ocorrendo no mundo a seu redor, no esquizofrênico é possível que o corpo seja o primeiro a registrar a ideia de que está havendo uma mudança.

É nesse período que o mundo começa a falar. Jaspers descreveu um caso em que "o paciente viu uma peça de roupa de cama na mesa da cozinha, uma vela em cima do armário e um sabonete. Ficou estranhamente perturbado. Sentiu um medo enorme e se convenceu de que aquilo tudo se referia a ele. Não soube dizer como havia chegado a essa conclusão. A ideia lhe ficou absolutamente clara num lampejo: aquilo devia dizer-lhe respeito. 'Tenho certeza de que isso se refere a mim.'" Os objetos ou atos do cotidiano começam a assumir novos significados, por mais enigmático que isso seja. Norma MacDonald, diagnosticada com esquizofrenia, assim descreveu suas experiências: "O andar de um estranho na rua podia ser um 'sinal' para mim que eu tinha de interpretar. Todos os rostos nas janelas dos bondes que passavam ficavam gravados em minha mente, todos concentrados em mim e tentando me transmitir uma espécie de mensagem." As pessoas, os acontecimentos, os lugares e as ideias, tudo significava alguma coisa, tudo lhe dizia respeito, e ela experimentava a sensação de haver "uma importância esmagadora" no que lhe estava acontecendo.[3]

Como vimos no último capítulo, o próprio fato de ser visado e interpelado confere um caráter ameaçador às experiências do sujeito. É comum isso ser sentido como diretamente persecutório. John Custance descreveu que, conforme sua psicose foi entrando em surto, tudo começou a se destacar para ele, desde um travesseiro amassado ou do lençol amarrotado na lateral da cama até uma esponja de banho ou uma toalha caída no chão. "Eles podem sugerir formas do mais extremo horror à mente obcecada pelo medo. Aos poucos, meus olhos começaram a distinguir essas formas, até que chegou o momento em que, não importava para onde me virasse, eu não via nada além de demônios esperando para me atormentar, demônios que pareciam infinitamente mais reais do que os objetos materiais em que eu os via." Quando a realidade começa a falar, ela se torna ameaçadora e apavorante para o sujeito.

Às vezes, nesse ponto, existe a ideia de que o mundo acabou. O sujeito pode descrever quanto as coisas estão diferentes, como se agora a realidade parecesse vazia ou monótona, e dizer que as pessoas são coisas passageiras, bonecos de cera, cascas ocas. Como disse Renée, "as outras crianças à minha volta, com a cabeça debruçada sobre seus trabalhos, eram robôs ou fantoches, movidos por um mecanismo invisível".[4] Uma de minhas pacientes descreveu sentir que "não havia sobrado nada. Só fachadas. Não existe ninguém." A humanidade é destruída e substituída por uma espécie de elenco improvisado. É possível que o

planeta inteiro tenha sido obliterado, e é comum haver a sensação de que o sujeito é a única pessoa que resta. Ele pode se retrair ainda mais da sociedade, ou, ao contrário, procurar outras pessoas com quem falar e a quem comunicar sua experiência.

Numa fase posterior, essa impressão de significação costuma ser interpretada. O carro que passa, a mudança do tempo ou a reportagem do jornal assumem então um significado particular. É crucial explorar as ideias do psicótico nesse aspecto, uma vez que elas concernem à operação básica de criação de significado, de descoberta de um modo de dar sentido às mudanças que o sujeito vivencia. Esses esforços construtivos e positivos de atribuição de sentido podem ser locais ou globais: podem aplicar-se às minúcias do mundo circundante, ou evoluir para uma interpretação mais geral da situação global do indivíduo. Muitos sentidos diferentes podem ser dados a experiências isoladas, sem qualquer ideia unificadora, ou, ao contrário, a transformação do mundo numa língua falada pode estabelecer-se como um delírio com significação fixa.

Isso quer dizer que há uma mobilização de significados para tratar a experiência do enigma. O sentido pode ser estabelecido aos poucos, ou, com mais frequência, aos arrancos, em momentos em que uma verdade é subitamente descoberta. Custance lhes dá o nome de “estranhos lampejos de compreensão”, e Lacan, o de “momentos fecundos”, que permitem a construção do delírio. A pessoa se apercebe, por exemplo, de que tem uma missão, ou de que os outros estão tramando algo contra ela. Pode então começar a se preparar silenciosamente para o que tem a fazer, ou, com igual frequência, agredir os outros que acredita serem ameaçadores, outros estes que sabem demais a seu respeito. É comum as pessoas de seu meio serem vivenciadas como tendo um conhecimento insuportável sobre a vida particular dela, como vimos no caso de Ernst Wagner, que acreditava que os moradores locais tinham conhecimento de suas relações sexuais com animais. Essa terceira fase da psicose pode acontecer de uma só vez ou ao longo do tempo e, em alguns casos, nunca chega realmente a acontecer, permanecendo o indivíduo à mercê de um mundo que o aponta constantemente e nunca para de falar. Nenhuma orientação pode ser estabelecida, nenhum sentido que seja capaz de dar à pessoa um lugar ou uma posição.

Nessas situações, é possível que a pessoa aja, em vez de construir: em vez de um delírio, pode haver uma automutilação, ou um ato qualquer que vise introduzir uma negatividade, uma distância das forças invasivas e persecutórias que ela vivencia. Pode ser que ela tente subtrair alguma coisa do mundo, através de seu corpo ou de algum aspecto de seu meio. Por exemplo, talvez ela tenha a

ideia de que é necessária uma intervenção cirúrgica que envolva a perda de uma parte do corpo. Através de seus atos, ela almeja esvaziar um excesso no corpo ou no Outro. Como assinalou Colette Soler, depois da fase inicial do processo de surto, os esforços dos sujeitos psicóticos deslocam-se nessas duas direções: acrescentar algo ao mundo, por meio do delírio ou da criação, ou retirar algo do mundo, por meio da automutilação ou da mudança. Ambos constituem tentativas de curar a si mesmo.

Se a primeira dessas tentativas usa o sentido no esforço de reestruturação, a segunda visa diretamente à redução da libido. Na fase inicial do desencadeamento do surto, a construção da realidade se desarticula: significante e significado se separam, de modo que o mundo parece apenas "significar". Esse desatrelar da impressão de significação tem um efeito de interpelação: aquilo concerne unicamente à pessoa em pauta. Abriu-se um buraco no mundo do significado, por isso ela precisa desesperadamente tentar reorganizar, reerguer, reconstruir. E assim, numa fase posterior, constrói-se um novo sentido ou conjunto de sentidos, que reintroduz uma ordem no mundo. Chama-se a isso um delírio, e ele visa religar com firmeza o significante e o significado. Mas o que causaria o acionamento de toda essa sequência, para começo de conversa?

A PRIMEIRA RESPOSTA de Lacan a essa pergunta, em 1932, foi que ela envolvia uma mudança na "situação vital" do indivíduo: perda da posição social, aposentadoria, uma mudança do ambiente, casamento, divórcio ou a perda dos pais.[5] Esses momentos são conhecidos como desencadeantes potenciais, seja sob a forma da irrupção espetacular de alucinações, após uma cerimônia de casamento, seja sob a da instauração mais silenciosa do misticismo e da superstição, depois da aposentadoria. Mas a questão principal, que Lacan iria abordar em seu trabalho posterior sobre a psicose, era determinar o que essas situações tinham em comum. Estava claro que elas nem sempre desencadeavam a psicose, mas, quando o faziam, o que era, na experiência do indivíduo, que levava o mundo a desmoronar para ele?

Todos esses exemplos envolviam uma mudança na situação simbólica do sujeito: era preciso assumir um novo lugar, um tipo de situação que os antropólogos associavam aos ritos de passagem. Tratava-se de momentos em que a pessoa tinha que "enfrentar o mundo". O fato de as diferentes culturas marcarem os momentos de transição com cerimônias e rituais complexos sugeria que era necessária uma estrutura simbólica para processá-los. Externamente representada no ritual, a transição envolvia um conjunto interno de recursos que

Lacan ligou à própria ordem simbólica. Mas o que aconteceria se, de algum modo, o simbólico falhasse nesse momento? Se a ordem simbólica não estivesse internalizada, não estaria disponível para fornecer uma rede de significações para processar os momentos de mudança. Em vez do sentido, haveria a experiência aguda de um buraco.[6]

Para Lacan, era esse o buraco que se abria no desencadear do surto psicótico. Visto que o simbólico se compunha de significantes que eram todos interligados, quando vinha a sensação de que faltava um termo privilegiado, seus efeitos se espalhavam pela rede inteira. É exatamente isso que vemos na psicose. Primeiro, um elemento da realidade começa a falar, depois, tudo começa a falar: o cumprimento do vizinho é entendido, digamos, como uma condenação moral, e, em seguida, todos na rua estão fazendo fofocas. No processo delirante, é possível que primeiro o cônjuge seja visto como tramando alguma coisa contra o sujeito, depois os parentes do cônjuge, os irmãos, os parentes consanguíneos, os médicos, os meios de comunicação, as autoridades, e assim por diante. Há um efeito dominó.

Num dado caso, após um encontro sexual associado ao medo de engravidar, uma mulher começou a achar que as pessoas a estavam observando na rua. Apontavam para ela e, pouco depois, diziam coisas pelas suas costas. Ela teve a impressão de que até seus amigos estavam mais distantes. Uma revista publicou uma caricatura dela, e os jornais e livros também começaram a lhe fazer referências, como que para destacá-la. Por meio da imprensa, o país inteiro ficara sabendo de suas relações com o tal homem, e a sociedade a tinha julgado e posto no ostracismo. Agora, ela sabia que todos esses elementos faziam parte de um plano geral para persegui-la. Aos poucos, a conspiração espalhou-se pela Europa e chegou aos Estados Unidos. Desenvolveu-se uma linguagem geral de sinais, conhecida em toda parte, para informar as pessoas a respeito dela. Seus perseguidores passaram a se localizar numa associação feminina que tinha poderes inquisitórios.[7]

Essa expansão da ideia ou experiência inicial, seja ela gradativa ou súbita, é a razão por que os primeiros psiquiatras interessados na fenomenologia evocaram uma “variedade múltipla da experiência vivida”. Estavam tentando compreender como era possível que tudo fosse questionado a partir de um único ponto. A resposta óbvia era que a causa estava na conectividade de nossa experiência, numa certa coesão da realidade. Era assim, com efeito, que os teóricos da Gestalt, na década de 1940 e início da de 1950, explicavam esse desmoronamento da realidade. Todos os elementos da realidade do sujeito psicótico eram interligados, e um estudo cuidadoso conseguia revelar os

princípios de sua ordem. A ideia de Lacan desenvolveu esse ponto de outra maneira: tratava-se de uma coesão no nível da rede da linguagem, do nosso universo simbólico. Isso, ao que parece, era exatamente o que tantos sujeitos psicóticos descreviam: o mundo inteiro mudou, nada mais era igual.

Renée descreveu o modo pelo qual o "autor desconhecido" – a princípio – de seus sofrimentos veio a se transformar no "Sistema", uma "vasta entidade de tipo mundial, que abrangia todos os homens. No alto ficavam os que davam ordens, impunham castigos e pronunciavam a culpa dos outros. Mas eles próprios eram culpados. Visto que todo homem era responsável por todos os demais, cada um de seus atos tinha repercussões nos outros seres. Uma interdependência impressionante ligava todos os homens sob o flagelo da culpa. Todos faziam parte do Sistema." Se é tentador, neste caso, supor que talvez um homem do passado de Renée fosse culpado de alguma coisa, também é difícil não perceber no sistema interligado as próprias características do simbólico que vimos discutindo: todo elemento está ligado aos demais, de modo que a mudança num deles afeta o conjunto inteiro.

No momento em que se desencadeia o surto, a rede simbólica é rompida e a pessoa intui que falta alguma coisa. Mas o que seria essa alguma coisa? A princípio, Lacan afirmou que era o pai, no sentido simbólico, o representante internalizado da lei. Esse significante mediador, pacificador, ajudaria o sujeito neurótico a atravessar as dificuldades do complexo de Édipo, mas estava ausente na psicose. Sem esse alicerce crucial, todo o edifício da vida do sujeito podia desmoronar, mas só se o *apelo* a ele viesse num momento específico. Lacan ficou impressionado com a subitaneidade do confronto com o buraco deixado por essa peça faltante. Não era sua simples ausência que desencadeava a psicose, mas, muito precisamente, sua convocação num ponto em que a pessoa estava inserida numa relação dual imaginária, em geral com outra pessoa, mas às vezes também com um grupo, um trabalho ou um ideal.

Isso era fraturado por um evento ou intromissão em que o equilíbrio da pessoa via-se desafiado pelo aparecimento de um terceiro. Uma relação imaginária era catapultada para uma nova configuração, configuração esta que introduzia abruptamente um terceiro, uma figura que representava uma autoridade simbólica ou uma situação em que a pessoa tinha que assumir um lugar simbólico. Isso romperia a continuidade da vida cotidiana e, de repente, a heterogeneidade do registro simbólico era trazida à luz. Aqui, o pai pode ser o pai real, bem como qualquer coisa que entre subitamente no lugar do terceiro: um chefe, um parente, um tutor, um terapeuta. Como não há nada no simbólico que medeie essa invasão, como não há resposta ao apelo à agência simbólica da

paternidade, é nesse momento que o mundo começa a desmoronar.

Muitos exemplos podem servir de ilustração. Um casal de namorados vive nos braços um do outro, até o dia em que visita os pais de um deles. Um estudante inicia a faculdade convivendo com os amigos, até o primeiro encontro com um orientador sênior. Uma mãe tem devaneios com seu bebê, até o dia em que o médico lhe entrega a criança depois do parto. Um pesquisador finalmente publica o estudo em que passou décadas trabalhando. Todas essas situações podem ser desencadeadoras do surto psicótico e todas envolvem o aparecimento súbito de um terceiro na vida da pessoa. Há uma descontinuidade, que rompe o casulo que ela teria construído até então com o namorado, os amigos, o bebê ou o trabalho. De repente, ela é forçada a apelar para um elemento simbólico que não está presente. Sem ele, o sentimento de perplexidade pode começar e deslanchar a sequência que resumimos acima.

Num caso discutido por Geneviève Morel, a paciente, Hélène, tinha uma irmã sete anos mais velha, que se tornou seu modelo. Quando esta saiu de casa para se casar, Hélène a acompanhou, incapaz de se separar dela. O cunhado foi prestar o serviço militar e a irmã primogênita passou a ser cortejada por outro homem. Hélène entrou em conluio com esse relacionamento e a irmã a fazia acompanhá-la e a seu admirador, temendo os mexericos potenciais. Hélène acreditava que era a ela que o homem amava, e não a sua irmã, por esta ser casada, e, quando a irmã lhe pedia que escrevesse cartas de amor em seu lugar, ela descrevia seus próprios sentimentos pelo homem. Uma noite, no cinema, viu as mãos dos dois se entrelaçarem com ternura. Foi nesse momento que começaram suas alucinações, e ela foi hospitalizada. O homem havia encarnado o lugar do terceiro no par imaginário que Hélène formava com a irmã.[8]

Também vemos isso nos casos de surto psicótico que parecem ser desencadeados por acidentes. O imenso choque do acidente automobilístico ou ferroviário que precede os primeiros sintomas manifestos da psicose é tão claro que, muitas vezes, a ligação parece inevitável. No entanto, a escuta e a exploração atentas podem revelar que o desencadeamento não ocorreu no momento do acidente, e sim mais tarde, quando a pessoa tem de explicar o que aconteceu a um policial, um advogado ou um juiz, ou tenta obter uma indenização. É o encontro com essa figura, evocadora do terceiro, aliado à necessidade de assumir um lugar de onde falar, que tem o efeito desencadeante. Frequentemente, a vida normal consiste apenas em dizer “sim” àqueles que nos cercam, e os momentos em que se tem de assumir uma posição verdadeira em relação à fala constituem a exceção, e não a regra. Pense na diferença entre cumprimentar um conhecido e fazer um discurso, ou se explicar diante de um

chefe, um policial ou um juiz.

Essa ênfase numa triangulação repentina liga situações que, externamente, podem parecer trágicas e alegres, fato este que havia intrigado clínicos anteriores. As psicoses que entram em surto após um sucesso ou uma conquista sempre foram documentadas, e, em algumas ocasiões, foram explicadas em termos da transição para uma independência ou maturidade para a qual a pessoa não estava preparada. A mudança de status implicada numa formatura ou numa promoção cria uma crise de autoconfiança, e a tensão acumulada pode produzir estados de confusão ou uma "reação" psicótica. A teoria de Lacan é mais rigorosa, e liga claramente o surto ao encontro com uma ideia que não tem lugar simbólico no mundo da pessoa. Quando a cadeia se rompe, esse elemento que nunca foi simbolizado pode então impor-se de fora para dentro. Na formulação de Lacan, o que foi foracluído no simbólico retorna no real.

Num dado caso, uma mulher foi encontrada numa vala, gritando que "a terra quer tudo de mim". Achou que estava sendo tragada pelo chão. A equipe psiquiátrica que trabalhou com ela não pôde deixar de notar que seu prenome era a palavra correspondente a "terra" em sua língua materna, embora ela não estabelecesse nenhuma ligação entre isso e o conteúdo de seus medos. Aos poucos, a sequência do desencadeamento foi ficando clara. Ela ficara indisposta depois de uma esfincteroplastia, que efetivamente fizera cessar a abundante incontinência fecal de que havia sofrido por muitos anos. Embora a paciente não estabelecesse uma ligação entre a cirurgia e o surto, a associação temporal era inegável, e isso lançou luz sobre o que lhe havia acontecido.

Sodomizada desde menina pelo pai, este só manifestava desprazer e repugnância num momento preciso dos contatos sexuais: quando as fezes ficavam visíveis no seu pênis, na hora em que ele o retirava. Assim, o excremento era o sinal tanto do ato sexual quanto da perda do interesse do pai por ela. Na puberdade, tivera início a incontinência, e fora nessa ocasião que os estupros haviam cessado. Desse ponto em diante, as fezes vazavam dela quase continuamente, obrigando-a a ir repetidas vezes ao banheiro ao longo do dia. No entanto, foi precisamente quando concordou em fazer a cirurgia no esfíncter anal, a conselho de médicos bem-intencionados, que se abriu o surto psicótico. Constatou-se que o sintoma que tanto lhe tinha dificultado a vida era exatamente o que lhe permitia sobreviver: o significante "merda" marcava o limite da presença invasiva do pai. Quando ela deixou de sofrer de incontinência, o pai retornou no real da alucinação. A terra que a chamava e a tragava era seu próprio nome, e ela assinalou que este, dentre seus vários outros nomes, era o que o pai havia escolhido. Foi esse elemento exato, o que era indicador da posse dela pelo

pai, que se tornou real no surto psicótico.

Outro exemplo famoso é o segundo surto de Schreber. Ele conseguira finalmente ser nomeado juiz-presidente da Corte de Apelação de Dresden. Mas, em vez de trabalhar com seus pares, viu-se de repente num cargo de responsabilidade, presidindo um painel de cinco juízes, quase todos até vinte anos mais velhos que ele. Foi como se tivesse sido lançado de um mundo no qual se encontrava entre pares imaginários num mundo em que se achava num novo espaço, como portador de um peso simbólico, e não dispunha de uma significação para dar sentido a essa elevação drástica. Começou a ter problemas com o sono e a ouvir ruídos estranhos. Nesse ponto, tudo começou a desmoronar, e ele se viu quase exclusivamente preocupado com ideias de morte.

Freud achou que o dilema de Schreber nesse ponto dizia respeito à homossexualidade recalcada, mas Lacan enfatizou o encontro com uma situação que ele não pôde simbolizar: a emergência repentina da categoria do pai. Schreber não dispunha de significante mediador, nada que desse sentido à sua situação. Como lhe faltasse o significante “ser pai”, ele passou a se imaginar uma mulher e, em seu delírio, isso veio a se transformar na missão de ser o gerador de uma nova raça, que restabeleceria a “Ordem do Mundo” que fora tão terrivelmente fraturada.

As situações em que o terceiro se intromete dizem respeito ao eu e ao outro, como no caso de amantes que vivem num casulo, ou de amigos que são inseparáveis, ou a situações em que a distância entre o ideal e a realidade vem abaixo de repente. É a pessoa que passa décadas sonhando com um prêmio de loteria e finalmente tira a sorte grande, a pessoa que imagina ter sido adotada e um dia descobre que é verdade, o atleta que se empenha em quebrar um recorde um dia logra êxito, o homem que sonha com um encontro com a amada e finalmente o consegue. Todas essas situações rompem o equilíbrio no qual a pessoa efetivamente evitava ocupar um lugar novo na estrutura sociossimbólica. Ao ser subitamente transportada para esse lugar, ela tem que enfrentar novas coordenadas simbólicas, e é exatamente isso que pode desencadear o surto psicótico.

Nem todas essas situações causam um surto, invariavelmente, na pessoa de estrutura psicótica. Tudo depende de quais são os pontos sensíveis para ela e de como ela se defende desses pontos. Em determinado caso, um homem entrou em surto quando do nascimento de seu segundo filho, mas por que isso não tinha acontecido com o primeiro? Na verdade, ele era filho único e havia modelado todos os detalhes de sua vida familiar na vida dos pais. Tornar-se pai foi resolvido por sua simples transformação no duplo de seu pai. Ele agia do mesmo

modo, tinha o mesmo comportamento e tentava recriar sua situação familiar nesse estranho espelho. Quando sua mulher engravidou de novo, inesperadamente, isso rompeu o cinto de segurança imaginário que ele havia construído: de repente, as coisas deixaram de ser as mesmas e ele se viu cara a cara com o enigma da paternidade.

A ideia não integrada da paternidade retornou então, não no nível simbólico, mas no real, como aconteceu com o paraquedista que evocamos no início deste capítulo. As ideias de ser sexualmente usado, de ser amado por uma figura de autoridade ou de ser gay podem ser efeito dessa falta de integração: não havendo um mapeamento simbólico da relação pai-filho, surgem versões diferentes da paternidade e do lugar de objeto do pai. Muitas vezes, isso é erroneamente interpretado como uma indicação de homossexualidade subjacente, mas, como certa vez assinalou Bateson, numa frase difícil, porém maravilhosa, "os símbolos [aqui, as ideias do delírio] não denotam homossexualismo, mas sim ideias das quais o homossexualismo é um símbolo apropriado". Portanto, os temas da homossexualidade dão forma à perigosa posição de ser objeto.[9]

Num dado caso, um adolescente criou o delírio de que seu pai, seu avô e ele eram um sistema intercomunicante de tubos de vidro que competiam pela drenagem do fluido vital uns dos outros durante a noite.[10] Em outro exemplo, quando a secretária de um homem anunciou que estava grávida, ele foi imediatamente examinar seu esperma ao microscópio, para determinar se era ou não o pai. Aqui, a paternidade é reduzida a seus parâmetros biológicos: depois do encontro com o que não pode ser assimilado, isso é reconstituído sob forma delirante. Daí as muitas imagens da paternidade, sejam elas biológicas ou heráldicas, que frequentam a criação da psicose.

A TEORIA DA TRIANGULAÇÃO e do terceiro termo simbólico não apenas nos permite compreender a sequência do desencadeamento de um surto psicótico como é também de grande importância para a segurança do paciente, como ilustra o seguinte caso. Um psicótico no fim da casa dos vinte anos vivenciava sentimentos intermináveis de perseguição e invariavelmente relatava episódios de grosseria ou insensibilidade que haviam ocorrido no trajeto para suas consultas com a terapeuta. Ela citou como exemplo das preocupações do paciente uma questão relativa a um chiclete: ele o jogara fora numa geladeira abandonada e perguntou à terapeuta se devia ter feito isso. Será que alguém encontraria o chiclete? Ele teria problemas por causa disso? Deveria tê-lo posto numa lixeira?

O paciente iniciava cada sessão lendo uma lista do que chamava de “cismas” – ruminações compulsivas sobre suas experiências de perseguição. A terapeuta acreditou que ele estava tentando levá-la à “loucura”, e se sentiu “penetrada” por seu “olhar frio”. A intensidade de cada sessão, escreveu, “fazia com que eu me sentisse deprimida, pela necessidade que ele tinha de externalizar suas ideias e sentimentos persecutórios”. Ela se sentiu esgotada e interpretou isso, como fariam muitos terapeutas formados na tradição da psicanálise britânica, como uma reencenação da relação primitiva do paciente com a mãe. Segundo essa perspectiva, se ela se sentia de certa maneira, a mãe do paciente teria sentido o mesmo – uma hipótese que outras escolas de análise não aceitariam.

O paciente estava medicado, mas se sentia maltratado pelo sistema de saúde. Detestava hospitais, o estigma da “doença mental” e a grosseria das equipes médicas. Em vez disso, buscava compreensão e aceitação, e acreditava que a psicoterapia ofereceria o espaço para obtê-las. Perguntava repetidamente à terapeuta o que ela achava da “doença mental”: o que achava da medicação dele? Será que o imaginava vivendo sem os remédios, algum dia? Sem querer se deixar arrastar para o que via como uma encenação de um conflito interno – supostamente entre o bem e o mal, com o sistema de saúde encarnando os pais aparentemente odiados –, ela optou por não atender às insistentes solicitações do paciente: “Eu me recusava a responder, sustentando a posição de não ser a favor nem contra os medicamentos.”

Ora, na ocasião em que ele havia iniciado a psicoterapia, o hospital já tinha sugerido, dois anos antes, que uma cura pela fala poderia ser útil, mas ele nunca havia recebido a prometida sessão de avaliação. Cansado de esperar, tinha começado o trabalho terapêutico na clínica privada. Quatro meses após o início da terapia, recebeu a carta de encaminhamento por que antes havia esperado. Foi a partir desse ponto, observou a terapeuta, que começou a deteriorar. Com ar desafiador, ele lhe disse que pretendia ir à consulta, mas depois se viu diante do dilema de continuar ou não com o trabalho na clínica privada. A terapeuta escreveu: “Também eu me vi diante do que poderia ser considerado um dilema ético: deveria insistir em que ele dissesse ao psicoterapeuta que já vinha desenvolvendo um trabalho comigo? Ele não me dissera a que hospital teria de comparecer para sua avaliação, de modo que, nessa ocasião, eu não tinha nenhum conhecimento independente.” Ela resolveu deixar a escolha por conta do paciente. Depois da entrevista de avaliação, o homem foi rejeitado pela unidade terapêutica, que lhe disse que ele não era um candidato adequado e que a terapia o faria entrar em colapso.

Isso foi vivido como uma rejeição imensa a ele próprio e ao trabalho

terapêutico. Como podia sua terapeuta trabalhar com ele, quando outras pessoas se recusavam a fazê-lo? Houve uma escalada em sua desconfiança e suas ideias paranoides. “Restou-me”, escreveu a terapeuta, “a sensação do mesmo desamparo e da mesma raiva que os de meu paciente.” Esse tipo de comentário é característico da tradição britânica na psicoterapia, na qual se supõe que os sentimentos do terapeuta sejam produzidos pelo paciente, no esforço inconsciente deste para se comunicar, para fazer com que o terapeuta sinta o mesmo que ele. Outras tradições, como a lacaniana, veriam esse tipo de comentário como excepcionalmente impróprio, baseado na incapacidade da terapeuta de analisar de modo adequado a situação. Afinal, como alguém pode ter certeza de estar vivenciando o que outra pessoa sente, ou sequer se atrever a afirmá-lo?

O paciente sentiu-se cada vez mais claustrofóbico, e ficava tão agitado que tinha que sair do consultório para andar do lado de fora. Uma nova rejeição do serviço de saúde, dias depois, agravou seu desespero. Por que, perguntou o paciente, a terapeuta continuava a conversar com ele, se outros lhe diziam que a terapia não seria útil? Aliás, a orientação psiquiátrica que ele havia recebido dizia que a terapeuta nem sequer deveria continuar a ouvir suas ruminações, já que estas vinham reforçando suas “obsessões”. Seguiram-se algumas sessões muito difíceis, até que ele faltou a uma delas. Tinha se matado, atirando-se na frente de um trem.

Ora, seria injusto afirmar que, se a terapeuta houvesse trabalhado com um arcabouço diferente, essa morte poderia ter sido evitada. Os suicídios acontecem, dentro e fora da terapia. Mas o caso pode nos ajudar a perceber a importância de fatores que talvez sejam negligenciados ou mal entendidos. A carta da Superintendência de Saúde intrometeu-se claramente no par formado pela terapeuta e pelo paciente. Sabemos o quanto este se preocupava com o “sistema” de saúde, o qual, para ele, ocupava o lugar do Outro: uma instância poderosa, capaz de acolhê-lo ou abandoná-lo. O próprio recebimento da carta, antes mesmo de ele comparecer à entrevista, teve efeitos desencadeantes, intensificando drasticamente suas ideias paranoides. Foi a intromissão de um terceiro num casal.

A rejeição na entrevista de avaliação e no segundo encontro no Serviço Nacional de Saúde [NHS, na sigla em inglês], dias depois, devem ter apenas exacerbado isso. Pela preocupação com o chiclete jogado fora, podemos presumir que a questão fundamental para ele era seu lugar para o Outro: o Outro o jogaria no lixo ou cuidaria dele? O chiclete era ele próprio. E talvez tenha sido a persistência dessa indagação que contribuiu para a reação da terapeuta. No

entanto, ela poderia ter lhe dito, enfaticamente, que o trabalho dos dois estava levando a algum lugar, que tinha, sim, esperanças em relação a ele, e que ele não deveria ir à entrevista do NHS. Talvez as próprias inquietações dela a respeito da "autoridade" do NHS a tenham impedido de fazê-lo, quando poderíamos dizer que essa teria sido a decisão clínica correta: afirmar seu zelo pelo paciente, em vez de abdicar disso em nome da liberdade de escolha dele. Na verdade, é possível que o curso de ação da terapeuta tenha apenas reforçado a pergunta terrível para o paciente: o que sou eu para o Outro? O Outro pode me largar? E talvez tenha sido isso que ele pôs em ato, ao se atirar diante do trem, como o chiclete jogado fora.

Quanto à recomendação do psiquiatra, parece que esse paciente não foi bem atendido. O fato de ele escrever suas "cismas" e as denominar demonstra a importância delas, e parece claro que a prática de escrever – mesmo sob a forma da feitura de listas – deveria ter sido incentivada. Qual era o sentido de privar o paciente de algo que provinha dos recursos de sua própria psicose, e que fazia parte de um processo de estruturação? Talvez o psiquiatra tenha imaginado que as cismas significavam uma ruminação dos problemas pelo paciente, em vez de um avanço, mas isso constituiria, na verdade, uma negação dos esforços dele para se curar e, o que é crucial, o não reconhecimento da importância da denominação, que discutimos antes. Quando a terapeuta parou de escutar as cismas, fechou-se uma linha de comunicação. Em alguns casos, essa pode ser a diferença entre a vida e a morte.

SE OS MOMENTOS DE SURTO envolvem um apelo a um significante que falta, há um buraco correspondente no nível da significação, do significado. Isso pode gerar uma série de situações de desencadeamento, nas quais se trata menos de um encontro com um terceiro simbólico do que com um problema de significação. A forma mais comum que isso assume é um encontro no campo do amor ou do sexo. Nesses casos, é a proximidade do desejo do Outro que tem o efeito desencadeador: uma experiência sexual, um sentimento de amor ou a impressão de ser objeto do interesse de alguém. Nesses momentos, o simbólico não fornece uma mediação ou uma resposta, e a pessoa se sente à mercê de forças enigmáticas. Ali não há significação que lhe ofereça respaldo e não há significante que forneça esse sentido.

Freud citou o exemplo de um jovem médico cujo surto psicótico foi desencadeado no momento em que ele conseguiu pela primeira vez satisfazer uma mulher. Ao ser abraçado por ela "com gratidão e devoção", de repente ele

sentiu uma dor misteriosa, que lhe circundou o alto da cabeça como um corte afiado. Mais tarde, ele interpretou isso como se fosse a feitura de uma incisão numa autópsia para expor seu cérebro. A dor não tardou a se ligar a uma ideia explicativa delirante: um grande amigo dele, que se tornara anatomista, devia ter lhe mandado a mulher, como parte de uma série de perseguições que vinha organizando. Aqui, o desencadeante foi o encontro sexual: não havendo como mediar o desejo do Outro, a psicose irrompeu.

É comum as situações sexuais novas serem perigosas para o sujeito psicótico. Marcel Czermak relatou o caso de um rapaz que, no momento de sua primeira ereção com uma mulher, olhou com perplexidade para o pênis e, de repente, ouviu a palavra “gay”. No lugar da significação fálica faltante, emergiu o significante alucinatório. Quando está ausente o significado fálico estabelecido pela metáfora paterna, a cada vez que a pessoa é confrontada com fenômenos corporais que requerem significação pode haver perplexidade ou um sentimento de estranheza. Convém lembrarmos que os estados de excitação sexual são sempre, a princípio, produtores de ansiedade, como vemos quando os meninos têm suas primeiras ereções. Quando uma significação não é transmitida e recebida de forma apropriada, esses estados podem continuar problemáticos e, às vezes, por essa razão, a pessoa se mantém virgem ou evita qualquer tipo de contato sexual.[11]

É por isso, sem dúvida, que tantas vezes a psicose irrompe na puberdade e na adolescência. É a esquizofrenia que se costuma associar à eclosão do surto durante esse período, e podemos lembrar que um dos traços principais da esquizofrenia é, precisamente, o problema de dar sentido ao corpo. Uma vez que o corpo se modifica durante a adolescência, há uma demanda de sentido que escancara o buraco da foraclusão. As pressões para que a pessoa namore e pratique atividades sexuais só fazem piorar essa situação. Quando acrescentamos a isso o fato de a adolescência ser também a época em que temos de assumir posições simbólicas em grupos e em relação ao mundo, torna-se mais clara a razão por que é tão frequente a psicose entrar em surto nessa fase. As primeiras masturbações, os primeiros encontros sexuais ou o sentimento de ser desejado por outra pessoa podem ser catastróficos, todos eles.

Num caso discutido por Denise Sainte Fare Garnot, um rapaz foi a uma biblioteca pública com um amigo, para ler e ouvir música. O amigo, que só frequentava o local para arranjar garotas, perguntou-lhe: “Tá a fim de dar uma paquerada?” Nesse momento, ele teve a ideia de que era imortal e de que as pessoas o estavam observando e cochichando a seu respeito. Numa sessão posterior, reproduziu a observação do amigo como sendo “Você tem que ser

homem”. A questão repentina de seu lugar simbólico como varão sexualizado tinha sido colocada. Em sua impossibilidade de responder, as ideias paranoides responderam por ele. Os cochichos das pessoas à sua volta passaram então a perguntar: “Ele é homem ou mulher?” e “De onde você é?”[12]

A ideia de imortalidade fazia parte de uma cadeia de ideias delirantes, e ele também acreditava ser extraterrestre. Nessas duas formulações, a questão de seu lugar simbólico de homem estava sendo transformada num outro tipo de identidade, um tipo que parece contornar o problema de estar inteiramente no lugar de homem ou de mulher. Os extraterrestres, dizia ele, “não são deste mundo”, com a implicação de que este mundo é criado pela lógica da divisão masculino/feminino. A pergunta do amigo constituíra um apelo a um significante, um apelo que não podia ser atendido. Em seu lugar, vieram as respostas alucinatórias – “Ele é homem ou mulher?” –, e as vozes e olhares o transformaram em alvo dessa pergunta terrível.

As ideias de imortalidade e de identidade extraterrestre eram, nesse sentido, esforços para encontrar uma solução. Se ele fosse de outro planeta, não teria que se posicionar como homem ou mulher. Quanto à imortalidade, ele a ligava à feminilidade, mas certa vez ouvira um filósofo observar que o último homem da Terra era homem; mesmo assim, “não consigo me definir. Será que sou mesmo o último dos homens? Não sei”. A ideia de ser imortal não lhe agradava, e ele estava ansioso por encontrar outra elaboração. Como vimos no Capítulo 3, é importante reconhecer que a ideia de ser único – o último dos homens, por exemplo – não é, necessariamente, um delírio de grandeza. Pode ser apenas um modo de tentar encontrar uma posição de segurança em que o sujeito ocupe um lugar excepcional, sem se enquadrar num campo nem no outro.

Ser o último ser humano vivo é uma ideia que encontramos com certa frequência na psicose, mas ela pode constituir um modo de estabelecer narrativas bem diferentes. Às vezes, está ligada ao término dos cenários mundiais, o que Freud explicou em termos de um retraimento do amor: após uma catástrofe afetiva, recolhemos a libido, devolvendo-a ao eu, e com isso nos conscientizamos de um esvaziamento do mundo externo. Para Lacan, isso seria efeito de nossa relação com a linguagem: ao nos aproximarmos do furo no simbólico, intuímos um colapso que se estende por todas as redes de representação que compõem nossa realidade. Entretanto, é interessante assinalar que, muitas vezes, as ideias de fim do mundo não deixam o mundo inteiramente vazio: além do sujeito, há uma malevolência, uma força maléfica que permanece.[13]

É esse o tema de inúmeros filmes de ficção científica, nos quais a população

terrestre é liquidada pela guerra, pela peste ou por uma catástrofe natural. O herói, ou heroína, vai perambulando à procura de alimento e abrigo, mas logo descobre que não está realmente só: um remanescente da catástrofe, sob forma humana, animal ou de monstro, está lá para ameaçá-lo e atacá-lo. É como se a libido nunca pudesse ser de todo subtraída sem deixar um resíduo, um remanescente que é invariavelmente persecutório. Em contraposição a isso, pode haver uma fantasia de renascimento: em Schreber, uma nova raça, ou, numa paciente minha, a ideia de que novos seres brotariam dos ovários que seriam deixados por seu corpo em decomposição.

A AUSÊNCIA DA FUNÇÃO simbólica da paternidade é a razão por que os delírios de renascimento, criação e filiação são tão comuns na psicose. Impossibilitada de situar simbolicamente o fenômeno do nascimento e, em termos mais gerais, de se situar no ponto de origem de algum processo – seja ele biológico ou cultural –, a pessoa constrói uma teoria que possa tomar o lugar do buraco que se abriu para ela. Pode acreditar que nasceu apenas de um único genitor, ou, como Schreber, que dará origem a uma nova raça de seres, ou ainda que descende da realeza. O paciente discutido no Capítulo 1, que acreditava que os prenomes iguais indicavam uma essência e uma ascendência compartilhadas, havia construído essa ideia delirante no ponto exato em que a ligação entre as gerações tivera que ser explicada. Como tantas vezes constatamos na psicose, a ideia não integrada de uma origem é reconstruída e reelaborada no delírio.

Os fins podem ser tão impossíveis de simbolizar quanto os começos, e é frequente se construírem delírios em torno da morte e do luto. Na cultura popular, é o que vemos refletido nas crenças sobre o falso sepultamento: Hitler, Elvis ou Michael Jackson ainda estão vivos, na verdade, talvez morando num país distante, e seus restos mortais são os de algum outro infeliz. No ponto em que a mortalidade não pode ser simbolizada, o delírio cria uma nova narrativa. Num dado caso, uma mulher que perdera tragicamente vários filhos explicou que, no enterro de sua filha, ela devia ter estado “no enterro de uma criança que não era minha”. Sua filha verdadeira fora sequestrada antes e substituída por uma sósia, a qual, por sua vez, também fora substituída. Essa paciente contou mais de duas mil substituições da filha, ao longo de cinco anos: “Todo dia uma menina me procurava e todo dia era tirada de mim.” A perda da filha, impensável para ela, tornou-se o ponto em que se estabeleceu a eflorescência delirante de filhas.

Neste ponto, poderíamos lembrar que todos os grupos humanos desenvolvem

histórias e mitos que tentam explicar os primórdios e o fim da vida, bem como o nascimento de objetos naturais e artificiais: fogo, água, ar, florestas, aves e animais selvagens, cidades, livros e qualquer outra parte da criação social e cultural. As origens têm que ser tratadas com o simbólico, precisam fazer sentido e ser explicadas. Na psicose, a estrutura simbólica internalizada que permitiria isso não está disponível, donde a dificuldade nos momentos em que a pessoa se acha na origem de alguma coisa, seja através da gravidez e da paternidade ou maternidade, seja através de descobertas ou invenções científicas.

Os estudiosos e cientistas podem adoecer precisamente no momento de uma descoberta, quando se trata de assumir a "paternidade" ou a autoria de seu trabalho. Como destacou Nathalie Charraud, a psicose do matemático Georg Cantor entrou em surto não quando ele teve pela primeira vez o discernimento dos conjuntos infinitos, que alterariam radicalmente o seu campo, mas na ocasião em que seus colegas e alunos o homenagearam. Foi no momento em que eles o reconheceram formalmente como o criador ou descobridor dos números transfinitos que ele foi imobilizado por uma terrível depressão psicótica. A significação da paternidade não pôde ser integrada, e por isso lhe retornou sob forma delirante: em seu esforço de reencontrar o equilíbrio, Cantor publicou dois livros nos quais tentou provar que as peças de Shakespeare tinham sido escritas, na verdade, por Francis Bacon. Assim, uma afirmação sobre a autoria respondeu no lugar em que sua própria autoria não pôde ser articulada por ele no simbólico.[14]

Num outro caso, a psicose de uma mulher entrou em surto no momento em que ela deixou de menstruar pela primeira vez. Começando a se preocupar com a possibilidade de estar grávida, ela consultou o médico com frequência cada vez maior, com a ideia de que "havia uma coisa dentro da minha barriga", e essa "uma coisa" logo foi identificada com um "defeito". O médico mandou hospitalizá-la e, posteriormente, o contexto de sua ideia delirante veio a ser esclarecido. A mãe da paciente havia sofrido um aborto ao saber que seu pai, que era médico, estava com uma doença terminal, e nunca havia mencionado essa tragédia a ele. No dizer da paciente, "as palavras nunca tocaram aquela gestação". Não muito depois disso, a mãe dela tornara a engravidar, dessa vez esperando a paciente, e nessa ocasião, dera efetivamente a notícia a seu pai moribundo. Era comum a paciente imaginar que sua mãe devia ter estado pensando no pai dela, seu avô, ao manter relações sexuais com o marido e durante a gravidez, e imaginar, por conseguinte, que o avô é que devia ser seu "verdadeiro pai". "Se eu tivesse morrido", dizia, "ele poderia ter continuado vivo."

Quando menina, ela havia achado que a mãe “era mãe da pessoa errada; ela devia estar cuidando do filho anterior a mim”. E tinha certeza de que um resto do feto morto havia permanecido dentro da mãe e sido transferido para ela, posteriormente. A ideia de ser filha, na verdade, era impossível para essa mulher: quando ela ouviu alguém comentar que os pacientes analíticos pareciam filhos dos analistas, isso foi insuportável. A ausência de qualquer estrutura simbólica que desse sentido à reprodução deixou-a à mercê dos elementos traumáticos de sua história, que lhe invadiram a mente e o corpo quando ela surtou.

Na verdade, a mãe dela tinha apagado completamente o ser biológico da filha, sem nunca lhe mencionar a menstruação nem lhe oferecer absorventes sanitários. A identidade da filha era equivalente à da criança abortada: “Eu me sinto um feto abortado”, dizia a paciente. Ao entrar em surto psicótico, muitos anos depois, ela ficou desesperada para ouvir algum médico reconhecer que “havia uma coisa lá dentro”, como se a primeira gestação da mãe, que nunca fora simbolizada, lhe retornasse nesse momento no real. Ali onde um médico – o avô dela – não tinha sabido da coisa no interior de sua filha, mãe da paciente, esta tentou fazer outro médico reconhecer que havia “alguma coisa lá”.

O surto, nesse caso, veio depois de uma menstruação que faltou, mas, em muitos outros exemplos, ele ocorre depois que a maternidade se consuma. Num caso discutido por Isabelle Robert, uma mulher teve alucinações com a palavra “mãe” depois de dar à luz. Interpretou-a como significando que era sua “missão materna” cuidar de filhos, o que ela elaborou de diversas maneiras. Isso lhe permitiu certa estabilidade, até a ocorrência de um novo surto psicótico, após o nascimento do segundo filho. Entretanto, foi menos o parto em si que teve efeitos desencadeantes do que o fato de, mais tarde, ela constatar que não podia cuidar de duas crianças com o mesmo grau de atenção de quando tinha apenas uma. Em outras palavras, sua “missão materna” ficara comprometida. Foi esse curto-circuito da solução que ela havia elaborado em resposta ao episódio anterior que reatiçou a psicose.[15]

Soluções como a ideia de “missão materna” podem ser instauradas com bastante rapidez após um surto, e têm um valor protetor, de tal modo que o que se afigura um breve “episódio psicótico” passa sem deixar sequelas aparentes. Num caso relatado por Brigitte Lemonnier, um homem conseguiu evitar um surto de sua psicose, após o nascimento do filho, através da ideia do amor paterno. Imaginou-se como um elo de uma longa cadeia, que se iniciava com o pai ruim, seguido por ele próprio, que era melhor do que seu pai, e depois por seu filho, que seria um pai melhor do que ele, e assim sucessivamente, até que acabaria havendo um pai perfeito. Essa ideia delirante permitiu-lhe encontrar um

lugar de pai e instaurou ordem em seu mundo. Foi no momento em que sua mulher o deixou, levando consigo os filhos, que de repente o sistema dele foi questionado: ele foi devolvido à ideia de ser um “mau pai”. Dias depois, tentou o suicídio.

O que aprendemos com esses casos é que o surto psicótico pode ocorrer não quando a pessoa depara com uma figura de autoridade simbólica, ou com o terceiro, mas quando a solução criada por ela esbarra num obstáculo. Seu mecanismo de estabilização ou compensação, que ela pode ter passado anos ou até décadas construindo, é subitamente questionado. Examinaremos esses mecanismos de forma detalhada no próximo capítulo, mas vejamos mais alguns exemplos aqui. Um homem buscou ajuda quando começou a enfrentar a imposição de ideias de ser uma mulher sexualmente usada por um homem. Essas ideias perturbadoras tinham começado durante uma visita aos pais de sua mulher, que ele ainda não havia conhecido, logo depois do nascimento de seu segundo filho. Embora parecesse tentador interpretar o desencadeamento do surto em termos da introdução de um terceiro, na verdade passou-se algo bem diferente.

Ele descreveu sua história nos termos de uma vítima: maltratado pelos pais, alvo de intimidação na escola e alvo da implicância do chefe no trabalho. Essas experiências tinham se cristalizado para ele em torno da ideia de ser um “solitário”, identidade que o mantivera coeso durante seus relacionamentos e nos tempos de solteiro. Quando estava sozinho, ele levava uma vida solitária e, nas ocasiões dos relacionamentos, desaparecia periodicamente, para assistir a filmes com protagonistas solitários idealizados. A posição de objeto do Outro, evocada pelas muitas histórias de sua vitimação, era tratada como que pela assunção da imagem do solitário. Essa era a identificação que lhe permitira sustentar-se ao longo dessas experiências.

O surto ocorreu no exato momento em que essa identificação foi questionada. O que o perturbou foi menos a alteridade dos sogros, menos a distância simbólica deles, do que sua própria posição na rede familiar. Ele já tinha um filho do primeiro casamento, e descreveu com riqueza de detalhes como sua mulher da época sempre lhe fizera ligeiras censuras, depois do parto. Do mesmo modo, a família dela nunca o havia acolhido como um dos seus, e, no entanto, agora, com o segundo casamento e o novo bebê, de repente, ele se transformara “num deles”. A postura calorosa e inclusiva dos sogros o deixou perplexo. Ele tivera a expectativa de ser excluído, como tinha sido pelos primeiros sogros, porém, para sua surpresa, foi recebido como um igual, como parte da família. Isso significou que não podia mais ver-se como o solitário. E foi nesse ponto que

as ideias intrusivas o invadiram.

Num outro caso, a psicose de um homem entrou em surto depois de ele passar uma tarde tranquila no jardim. Estava cuidando das plantas e das árvores frutíferas, quando, de repente, se deu conta de que o produto que estava borrifando numa macieira trazia a palavra “Veneno”. Na manhã seguinte, acordou com um barulho de batidas que lhe vinham de dentro do peito: havia um homem minúsculo preso lá dentro, batendo em sua caixa torácica para sair. Ele se sentiu em culpa por estar asfixiando aquele homúnculo estranho e, desesperado, correu para o pronto-socorro mais próximo e pediu que o operassem, para libertar seu prisioneiro. Uma anamnese minuciosa não conseguiu encontrar qualquer vestígio de fenômenos psicóticos nos anos anteriores. Então, por que esse brotamento pontual da alucinação?

Nesse caso, não foi um encontro com um terceiro simbólico que desencadeou o surto, e sim o fracasso de uma fórmula com a qual ele tinha vivido. Seu pai falecera num acidente trágico quando ele era pequeno, e houvera alucinações visuais e algumas alucinações auditivas no período subsequente a isso. Tempos depois, ele costumava cuidar de animais feridos, e sua formação posterior como cirurgião permitiu-lhe perpetuar o projeto do que chamava de “dar vida”. Esses anos pareciam ter sido livres de qualquer crise ou terror alucinatório. Depois da aposentadoria, voltara sua atenção para a jardinagem, a qual descrevia nos mesmos termos de seu trabalho como médico: sua tarefa era manter as plantas e as árvores vivas e saudáveis, especialmente a macieira.

Essa, aliás, era uma árvore que seu pai também havia cultivado, e era o único elemento do jardim que o paciente associava a ele. No dia em que usou o produto errado na árvore, sua missão desmoronou: se ele sempre mantivera vivas as coisas – animais, pessoas, plantas –, agora não estava no lugar do salvador, mas no do assassino. A fórmula que o havia protegido – ser “aquele que dá vida” – deixou de ser sustentável, e em seu lugar emergiu uma culpa delirante. As batidas no peito foram o retorno do homem morto, e o responsável era ele.

O ENCONTRO COM ALGO impossível de simbolizar, em virtude de uma falha no simbólico, tende a impelir o sujeito psicótico para a criação. Os delírios, é óbvio, envolvem o trabalho de elaborar o elemento foracluído em algum tipo de sistema ou numa nova forma. Daí o panorama das versões da paternidade e da reprodução que encontramos nesses casos: deuses, imperadores, Cristos, partos da realeza e alienígenas, para citar apenas alguns. Em contraste, os atos ocasionalmente praticados por sujeitos psicóticos, tal como os estudados por

Colette Soler, visam a soluções mais rápidas e mais radicais: atacam o que é percebido como a libido ruim, no corpo ou no Outro. Eles podem ser perigosos para a própria pessoa e para aqueles que a cercam.

Como talvez não seja de admirar, tais atos podem ser apropriados como curas da psicose, e a história está repleta de exemplos. Nos primeiros anos do século XX, houve uma teoria séria de que a extração dos dentes era capaz de curar a psicose. Henry Cotton, que era superintendente de um hospício em Nova Jersey e havia estudado com Kraepelin, afirmou que a psicose era causada por infecções bacterianas, e que bactérias prejudiciais podiam acumular-se em molares e caninos infeccionados. A partir daí, elas se espalhavam pelo corpo. A extração dos dentes dos pacientes recém-admitidos produzia a recuperação de 25% dos casos, dizia ele. Quanto aos 75% restantes, as bactérias deviam ter migrado para outros lugares e, por isso, ele extraía as amígdalas, o cólon, a bexiga, o apêndice, as trompas de falópio e o útero. No fim, declarou que quase todos os seus pacientes tinham sido curados por seu bisturi.[16]

Questões concernentes à ética da remoção de tecidos sadios e uma revisão dos registros médicos mostraram que esses resultados eram falsos e que houvera uma enorme mortalidade dos pacientes, mas Cotton recebeu permissão para continuar a extrair dentes. Nesses casos, quando a função simbólica da negação da libido corporal não ocorre, ela é buscada no real através da subtração efetiva no corpo. Embora, é claro, saibamos que as ideias de Cotton seriam ridicularizadas hoje em dia, algumas versões mais sofisticadas delas ainda florescem, como se a ideia da salvação estivesse ligada à da extração. E essa é uma ideia que encontramos com frequência no pensamento psicótico: com a retirada de algo, aplaca-se a perseguição. Só que, em vez de isso ser buscado no plano metafórico, é posto em prática de maneira literal.

A teoria que resumimos presume que habitamos um mundo de significação e que os acontecimentos e as mudanças de nossa vida são mediados por processos simbólicos. Devemos estar aptos a simbolizar as coisas que nos acontecem, os novos papéis que nos descobrimos ocupando, as novas posições que podemos ser chamados a assumir e a proximidade do Outro que às vezes a vida envolve. Quando o apelo à estrutura simbólica fracassa – pelas razões que estivemos examinando –, pode haver o desencadeamento de um surto psicótico. Abre-se um buraco no nível do mundo imaginário do sujeito. Há um sentimento profundo de mudança. E em seguida, na maioria dos casos, há um esforço de encontrar algum tipo de solução, uma compensação, através da construção do delírio ou de qualquer atividade que prometa proporcionar uma base no ponto em que o simbólico falha. Isso pode envolver um projeto de pesquisa, uma nova

profissão, uma atividade artística ou uma busca das origens, ou da verdade histórica.

Se o surto frequentemente envolve um apelo à função simbólica da paternidade, vimos também que ele pode ocorrer em várias outras situações. Quando o mecanismo compensatório da pessoa é posto à prova, ou quando se enfraquece uma identificação que a sustentava, a psicose pode irromper. As mudanças no trabalho posterior de Lacan refletem essa diversidade. Embora ele tenha começado por se referir à função paterna – ou Nome-do-Pai –, mais tarde viria a empregar o plural, evocando os Nomes-do-Pai e questionando seu vínculo com a paternidade como tal. O que importava não era exclusivamente o lugar do pai na família, mas qualquer operação ou conjunto de operações que atassem o real, o simbólico e o imaginário, e fornecessem uma bússola em relação ao desejo enigmático do Outro. O pai era apenas uma das muitas formas diferentes que podiam ser assumidas por esse processo de vinculação, e se tornava cada vez menos privilegiado. Uma vez que reconheçamos o vasto leque de construções usadas pelos seres humanos para sobreviver, estaremos em melhor condição de apreender os fatores que importam no desencadeamento de cada surto psicótico.

8. Estabilização e criação

UMA MULHER QUE ENTROU em surto psicótico quando invocou o espírito do pai morto numa sessão espírita era perseguida por uma figura sempre presente do Diabo, o tempo todo a seu lado, ávida de sua mente, seus pensamentos e seu corpo. Com o tempo, essa situação insuportável foi temperada por uma nova configuração. Aos poucos, sua atitude de desespero foi substituída por uma postura de aceitação, quase satisfação. A mulher passou a falar do Diabo quase como se ele fosse uma criança travessa, passando-lhe pitos e castigando-o, e ele chegava até a pedir desculpas. Se a princípio o Diabo havia entrado no buraco aberto pela foraclusão – perfeitamente descrito por ela como "o que não tem nome" –, agora se transformara numa criança, enquanto ela ocupava, sem dúvida, o lugar da mãe. Essa transformação permitiu uma certa estabilização e foi inteiramente inventada pela paciente, e não sugerida pelos psiquiatras que a tratavam. Ela havia encontrado um modo de tornar tolerável o surto inicial de sua psicose.[1]

É frequente os sujeitos psicóticos descobrirem maneiras não apenas de se estabilizar depois de um surto e de tornar seu sofrimento mais suportável, mas também, talvez com frequência ainda maior, de evitar por completo outros surtos psicóticos. Em ambos os grupos de casos, temos de formular a mesma pergunta: o que impede a pessoa de surtar? Vimos que o modo mais óbvio de defesa contra os fenômenos primários da psicose é a criação de um delírio: quando bem-sucedido, ele pode ter o efeito de restabelecer a significação, religar o significante e o significado e limitar e enquadrar a libido. Mas há diversas outras respostas, ora desenvolvidas em conjunto com o delírio, ora independentemente. Neste capítulo, vamos explorar essas formas de reparação, as maneiras pelas quais os sujeitos psicóticos conseguem encontrar equilíbrio e estabilidade.

Comecemos por um exemplo clínico. Um homem, no fim da casa dos trinta

anos, procurou ajuda em função de sua angústia e seus pensamentos invasivos. Fazia pouco tempo que havia deixado outra terapia, a qual não tivera sucesso. Talvez em função dos muitos triângulos de sua vida, o terapeuta anterior tivera a ideia de que ele estava reprimindo seu interesse homossexual pelos ex-namorados de sua parceira. Essas interpretações só fizeram agravar seus sintomas, que incluíam perturbações da linguagem – a ideia de que seus pensamentos não lhe pertenciam – e impunham imagens de ele ser obrigado a praticar a felação em outro homem.

Os triângulos observados pelo terapeuta anterior realmente existiam. Ele tentava fazer amizade com os ex das várias namoradas, copiando-os e aderindo ao máximo a suas imagens. Isso lhe permitia relacionar-se com mulheres, e os primeiros momentos do surto psicótico haviam ocorrido em ocasiões muito precisas. Primeiro, quando seu melhor amigo havia "caído fora", rompendo todos os laços com ele e, desse modo, deixando-o sozinho com a namorada. E, segundo, quando fora apresentado à família de uma das namoradas. Nas duas situações, o paciente foi assaltado por alucinações auditivas, como se, empurrado para o lugar simbólico do homem sem apoio simbólico para ajudá-lo, as vozes o nomeassem no ponto em que o simbólico não o fizera.

Ele conseguiu estabilizar-se através de uma identificação, embora não uma identificação que dependesse das situações triangulares que o haviam capturado até então. Apesar de nunca haver conhecido os avós maternos, fora informado de que seu avô havia participado de uma importante expedição de alpinismo. Assim, na universidade, ligara-se ao clube de alpinismo, e levou adiante esse interesse ao longo dos anos. Mesmo quando estava com uma equipe de outros alpinistas, porém, ele ainda se sentia "sozinho, batalhando com as forças da natureza". Esse hobby, na verdade, dava-lhe a única forma de "masculinidade" que não envolvia os perigos dos encontros com o sexo oposto, prescritos como uma espécie de ordem por seu pai, e que traziam o risco de abrir para ele o buraco da foraclusão. Incentivei sua elaboração do ideal romântico do alpinista, em torno do qual ele começou a desenvolver atividades: lia a literatura especializada, assistia a filmes sobre o assunto, e assim por diante.

Estar na situação de homem para uma mulher era-lhe impossível, e nesses momentos começavam as alucinações. A identificação com a imagem ideal do alpinista solitário, ao contrário, era capaz de lhe dar respaldo e dependia menos de seus pares do que sua imitação dos ex-namorados das parceiras. Essa forma de reparação, inicialmente estudada por Ludwig Binswanger, envolve a construção de um ideal: uma determinada imagem dá à pessoa um norte, uma orientação a partir da qual construir sua vida. Essa construção de um ideal pode

basear-se em descrições de um parente ou de uma tradição familiar que tenha associações positivas, mas, na maioria dos casos, é extraída do mundo materno.[2] Pode envolver uma atividade pela qual a mãe se interessasse, uma pessoa idealizada por ela ou uma carreira que ela tenha tido de abandonar, e pode ajudar a proporcionar ao indivíduo um ponto ideal em torno do qual se organizar. Às vezes, depois do nascimento de um filho, os homens psicóticos "ficam iguais" às mães, como um modo de evitar ocupar o lugar do pai, o que traria o risco de desencadear o surto psicótico. Talvez não tenha sido à toa que, em 1903, depois de Schreber ter alta do hospital, ele e a mulher adotaram uma menina de dez anos, que, mais tarde, disse ao psicanalista William Niederland que Schreber tinha sido "mais mãe para mim do que minha mãe".[3]

O fascínio de Louis Wolfson pelas línguas é outro exemplo desse processo. Ele se tornou o que chamava de "um estudante esquizofrênico de línguas", aprendendo francês, alemão e russo para escapar da língua inglesa que tanto o apavorava. Discutiremos o trabalho de Wolfson com as línguas um pouco mais adiante, neste capítulo, mas é sua condição de "estudante" que nos interessa aqui. Ela lhe permitiu situar-se em relação ao mundo a seu redor, sentado em seu quarto, à noite, em suas idas à biblioteca e em suas caminhadas noturnas, nas quais ele "estudava" as prostitutas, os cafetões, os viciados em drogas e os policiais da Broadway, formando sua identidade em torno dessa ideia de aprendizagem. Ao conhecer outras pessoas, ele se descrevia como estudante, o que mediava o campo potencialmente perigoso dos contatos humanos. Um dia, olhando para um homem sentado em frente a ele no metrô, imaginou um encontro agressivo, antes de decidir que ler um livro numa língua estrangeira seria uma opção melhor do que encarar alguém. Sempre estudando, Wolfson conseguiu transformar a situação passiva e ameaçadora de ser uma presa daqueles que o cercavam numa posição ativa e estabilizadora.

Essa construção de um ideal pode ajudar a proporcionar à pessoa um lugar de sujeito e não meramente de objeto, de perseguido, insultado, seguido e denegrido. É interessante contrastar isso com outra forma comum de estabilização – a adesão à imagem de outra pessoa. Não tendo um ideal que lhe dê respaldo, o indivíduo simplesmente copia alguém, como fazia o paciente descrito acima com os ex-namorados de suas parceiras. Contudo, embora isso possa lhe permitir levar a vida, é algo que o mantém num lugar de objeto e não de sujeito, já que ele fica literalmente dependente de outras pessoas. A imagem do outro tem que estar presente para que lhe seja possível aderir a ela. No meu paciente, essa forma de identificação superficial era menos robusta do que a identificação idealizada com o avô.

Helene Deutsch descreveu esse tipo de identificação em seus estudos das personalidades “como se”, que só estabelecem relações sociais através de uma espécie de imitação externa. Elas se grudam à imagem de outra pessoa, usando-a cuidadosamente para organizar seu comportamento e, em geral, evitando as situações que constituiriam um apelo à dimensão simbólica. São capazes de mostrar amizade, amor e solidariedade, mas há algo errado, como se suas expressões de afeto fossem “apenas pró-forma”, como “o desempenho de um ator tecnicamente treinado a quem falta veracidade”. Como explicou uma mulher que se tornara prostituta na adolescência, copiar as outras moças lhe permitia sobreviver sem contato real com o mundo externo. Em algum nível, ela sabia que esse contato lhe seria uma impossibilidade.

Não há nada nesses casos que sugira qualquer distúrbio, comenta Deutsch. O comportamento não é inusitado, não há prejuízos da capacidade intelectual e as expressões afetivas são bem-ordenadas e apropriadas. Mas alguma coisa não soa muito verdadeira. Invariavelmente, quem faz intimidade com a personalidade “como se” acaba perguntando “o que há de errado”, exatamente por tudo parecer tão certo. Kurt Eissler assinalou que, visto que as personalidades “como se” apoiam-se em técnicas imitativas, seu âmbito de adaptação pode ser muito mais amplo que o de seus homólogos, que evitam certas atividades, tarefas ou papéis, conforme suas preferências inconscientes. Dado que as preferências da personalidade “como se” situam-se estritamente no nível superficial, ela pode fazer o que a superfície espera dela, assim se enquadrando bem na sociedade e despertando pouca atenção. Nas palavras de uma mulher, “às vezes tenho a sensação de que eu era uma mistura de muitas sombras, uma espécie de *ninguém*, apenas as ideias de uma porção de pessoas sobre mim, como uma espécie de reflexo dessas coisas… E cada uma me via por um prisma diferente, e era assim mesmo que eu parecia ser.”[4]

Enquanto alguns sujeitos “como se” podem funcionar bem numa vasta gama de situações, outros preferem um ambiente limitado, feito de situações simples e monótonas, que admitem poucas mudanças. Eles podem ter muitos amigos, mas, de algum modo, a proximidade autêntica nunca é possível. Há uma estranha ausência de paixão, como se a vida fosse simplesmente uma espécie de processo a ser atravessado, ainda que isso signifique sorrir, rir e chorar nos momentos apropriados. Similarmente, a fala exibe uma qualidade rasa, como se o sujeito não estivesse realmente envolvido naquilo que diz. As identificações “como se” proporcionam uma espécie de força emprestada e, muitas vezes, permitem que a pessoa se destaque no trabalho ou no meio social. Sua fragilidade reside no fato de que, quando a pessoa copiada se muda ou se distancia, a retirada desse

referencial fundamental pode deixar o sujeito sem nenhuma proteção.

Num outro caso, um rapaz havia terminado seu primeiro trabalho escrito na universidade e estava prestes a bater na porta do professor para discutir o texto, quando estancou, invadido pelo que chamou de “um sentimento indescritível” de angústia. Foi encontrado por funcionários da faculdade, algum tempo depois, sentado junto à porta, falando sozinho, mas sem recordação posterior alguma do que teria dito. Sua hospitalização subsequente não foi agradável, e ele reclamou do tratamento insensível por parte de enfermeiros e médicos e da carga pesada de medicamentos, que o deixou gordo, vagaroso e cheirando mal.

Quando o conheci, muitos anos depois, ele ainda tomava remédios, mas morava com os pais; não era capaz de fazer muita coisa, mas se interessava cada vez mais pelos livros de psicologia supridos pela irmã. Durante seu crescimento, ninguém havia notado a menor anomalia ou qualquer sinal dos problemas futuros. Ele tinha se saído bem na escola, relacionava-se com outras crianças e havia ingressado na universidade. Sendo assim, o que lhe permitira funcionar tão bem até aquela tarde? À medida que descreveu sua infância e adolescência, muito banais e rotineiras, ficou claro que o que o havia sustentado fora o conjunto contínuo de identificações com seus pares. Ele simplesmente havia feito o que eles faziam, em geral fixando-se em um ou dois colegas de turma, copiando sua roupa, seus maneirismos, sua abordagem do trabalho e adotando suas aspirações.

Essa imitação lhe permitira prosseguir nos estudos, ter um punhado de encontros com parceiras e participar dos esportes escolares, sem nada da turbulência que se poderia esperar desses momentos significativos do “ser homem”. Ele era apenas um garoto – e depois, um adolescente – como qualquer outro, e tinha sido por esse processo de reflexo imaginário que conseguira transpor os momentos perigosos de transição que pontuam a vida dos jovens. Nas férias, quando os outros meninos ficavam menos disponíveis, ele imaginava o que estariam fazendo e procurava fazer a mesma coisa.

Essa série de imagens o sustentou até o momento em que o encontro com o orientador o confrontou com um terceiro. Sem recursos com que reagir, o surto psicótico foi desencadeado. Ele já devia ter ficado mais fragilizado pela mudança de casa e da escola para a universidade, onde não conhecia ninguém e não tinha suportes identificatórios imediatos. Em outro caso, um homem descreveu que havia seguido seu amigo mais íntimo em tudo, copiando cada gesto dele, até que um dia esse amigo fechou a porta de seu quarto para se preparar para uma prova.[5] Nesse momento, o paciente tivera certeza de que ele próprio é que fora levado embora, de que estava sendo observado e seguido, e de

que havia pessoas querendo matá-lo. Quando se viu privado da imagem que o guiava, seu lugar de objeto foi acentuado e ele não teve defesa contra os ataques que lhe eram dirigidos.

O vazio do engajamento afetivo nesses casos deve ser distinguido das dúvidas neuróticas comuns sobre a própria identidade. É comum o neurótico ter a sensação de ser uma farsa, de participar do jogo social e, ao mesmo tempo, desprezá-lo internamente, e ter um sentimento de ilegitimidade, como se lhe faltasse um lugar no mundo. Essa impressão de levar uma vida dupla gera conflito, mas, no caso das personalidades "como se", nunca há uma luta entre o "eu real" e o eu social, como se poderia esperar. Trata-se de uma identificação sem conflito. Às vezes, a rigidez e a superficialidade desses sujeitos nas relações sociais são observadas por outras pessoas e podem transmitir uma imagem de horror ao compromisso. De fato, a pessoa simplesmente sabe, em algum nível, manter-se longe das situações que envolveriam um apelo ao simbólico – justamente aquelas em que há um compromisso envolvido.

Esses casos nos mostram como o imaginário – o registro de nossa captura em imagens visuais – pode proporcionar mecanismos de apoio na psicose. Num caso de psicose infantil, um menino que era incapaz de construir um limite de seu corpo tratou-se por meio de seu vício em televisão e nos filmes. Espelhava todos os atores, assumindo identidade e contorno por um processo de imitação externa. No caso de Stanley, descrito por Margaret Mahler e Paula Elkisch, esse menino, que parecia incapaz de expressar emoções, começou a fazê-lo de um modo totalmente polarizado: saltava do pânico para a euforia como quem ligasse um interruptor. "As emoções que Stanley parecia 'ligar' e 'desligar', como um dos interruptores, eram criadas por ele de maneira extremamente peculiar e 'não emocional'." Ciente de que o meio esperava dele certas expressões emocionais e de que era preciso agir de acordo com isso, ele simplesmente as ligava ou desligava.[6]

Esse processo, no qual o sujeito psicótico "aprende" as emoções, foi muitas vezes descrito como se os sentimentos pudessem ser ligados ou desligados conforme as necessidades da situação. Eissler descreveu um caso em que "o sentimento de apatia [do paciente] criou como que uma tábula rasa, na qual o eu podia colocar artificialmente a emoção exigida pelo meio social, assim como o pintor põe o pigmento correto sobre a tela".[7] A criação dessas emoções superficiais combina com os imperativos sociais da cultura de hoje, que veem a emoção menos como um sinal autêntico de nossa vida íntima do que como um conjunto de comportamentos a ser aprendido. Se recebermos o treinamento adequado, aprenderemos as habilidades emocionais e ficaremos aptos a

demonstrar a emoção “apropriada”. O que era visto pelos analistas e psiquiatras da década de 1950 como um sinal de psicose tornou-se agora uma norma da subjetividade sadia.

A FORMA SEGUINTE de estabilização que encontramos na psicose liga-se à criação de ideais e envolve o estabelecimento de fórmulas pelas quais viver. Geneviève Morel desenvolveu a ideia de que a pessoa constrói um molde, baseado na maneira como duas partes se relacionam entre si.[8] Elas podem ocupar um ou outro dos dois lugares, mas, quando a fórmula se desarticula, há o risco de que a psicose entre em erupção e a pessoa venha a experimentar o sentimento mais brutal e assustador de ser abandonada e rejeitada. Os tipos mais comuns de fórmulas envolvem relações entre mãe e filho(a), pai e filho, e amante e amado. Seja qual for a forma assumida, elas sempre envolvem alguma espécie de compromisso.

Um período crucial no trabalho com uma paciente psicótica ocorreu quando ela pôde usar a fórmula “A mãe se importa com o filho” para organizar e regular sua experiência. Na infância, o irmão dela fora idealizado e adorado pela mãe, e a imagem dele se tornara um ponto de fascínio e perseguição para ela. Todas as atenções da família voltavam-se para esse irmão, enquanto ela, ao contrário, era “largada” e negligenciada. Em fases posteriores da vida, essa paciente não conseguia aceitar ficar no lugar da pessoa querida, pois isso reintroduzia a dor de sua exclusão da relação mãe-filho. “Ser amada” era algo profundamente falso para ela, tal como tinha sido a imensa idealização materna de seu irmão. Os poucos namorados que teve foram escolhidos por lhe dedicarem pouca atenção e, quando isso se transformava em manifestações de amor por parte deles, a paciente os abandonava.

Suas alucinações e outros fenômenos psicóticos vieram a se reduzir num momento muito preciso. Eu estivera adoentado e, fugindo à praxe, havia precisado parar de trabalhar por uns dias. Ela ficou muito preocupada e teve imagens de cuidar de mim até eu recuperar a saúde. Desse ponto em diante, seu papel na terapia foi materno: ela me via, disse, como seu “nenenzinho”, a quem queria alimentar e dar cuidados. O tom das sessões modificou-se consideravelmente, passando de ataques ferozes para ternas solicitações. A fórmula da paciente foi um modo de ela se situar em relação ao amor de sua mãe, e foi também uma modificação deste: uma ternura não orientada para a perfeição, o que teria sido insuportável, mas para uma fraqueza.

Posteriormente, ela pôde deslocar-se para o outro polo da fórmula. Em vez de

se ver como a mãe, pôde chamar a si mesma de “meu neném” e, nesse ponto, eu é que fui situado no papel materno. Também dessa vez, o lugar materno não foi persecutório, mas benevolente. Se escrevermos a fórmula como uma função matemática *Fxy*, como foi sugerido por Morel, *F* designaria a natureza da relação – nesse caso, “cuidar de” –, *x* seria o lugar da mãe, e *y*, o lugar do bebê. Desde que essa paciente pudesse situar-se numa das duas posições em relação a outra pessoa, sua psicose se estabilizava.

Outro caso, discutido por Esthela Solano-Suarez, ilustra a lógica da fórmula funcional.[9] Um homem de cinquenta anos buscou ajuda para o que chamava de “depressão”. Fazia alguns meses que tinha perdido todo o interesse na vida, bem como o apetite e a capacidade de dormir. Seu corpo lhe parecia estranho. Ele não conseguia entender o que era isso por que estava passando e, na verdade, tivera uma promoção recente em sua vida profissional. Depois de trabalhar por algum tempo numa joalheria de prestígio, tinha sido promovido ao cargo de gerente. No entanto, essa posição tão desejada havia se tornado um pesadelo para ele: o homem sentia-se incapaz de lidar com isso, oprimido pela sensação de um vazio que o separava de seu corpo. O suicídio parecia ser a única saída.

Nas sessões de análise, ele falou da morte da mãe, quando ele tinha cinco anos de idade. Não tinha consciência de dor por essa perda nem qualquer lembrança da mãe ou de si mesmo naqueles primeiros anos de vida. Suas lembranças só começavam no momento em que ele fora informado da morte dela pelo pai. Em seguida, este o mandara para um orfanato, do qual ele tinha poucas lembranças, todas igualmente desprovidas de afeto: falava desses anos como se se tratasse de outra pessoa. Não conseguia compreender como o pai podia tê-lo abandonado e por que nenhuma outra pessoa da família tinha se oferecido para cuidar dele.

Quatro anos depois, a irmã mais velha o havia tirado do orfanato para morar com ela. Vinte anos mais velha, ela acabara de perder seu único filho, e passou a dedicar toda a sua atenção e carinho ao irmão caçula. Fazia-lhe todas as vontades, esbanjando com ele o dinheiro que ganhava como prostituta. O paciente tinha lembranças felizes dessa época e havia reencontrado o gosto pela vida. Tempos depois, ele mesmo viria a se prostituir, vendendo o corpo por um preço altíssimo a ricos clientes particulares. Em pouco tempo, um deles lhe oferecera emprego numa joalheria exclusiva, e o paciente tinha se tornado o empregado de maior sucesso na equipe de vendas.

O dinheiro era muito importante para ele e constituía sua única satisfação no trabalho como prostituto. Na vida sexual pessoal, ele também só fazia sexo quando tinha que pagar. O dinheiro era trocado pelo prazer. Solano-Suarez afirmou que ele se identificava com a irmã como prostituta – A Mulher de Todos

os Homens – e que a troca de dinheiro desempenhava o papel crucial. Ela assinalou que o paciente mencionou tê-la escolhido como analista por ela ser argentina, palavra que continha o termo "*argent*" – "dinheiro", na língua materna do paciente. Os problemas vividos por ele assumiram então um novo sentido. Num dado nível, o novo cargo o colocou numa situação paterna, sem o significante correspondente disponível para respaldá-lo. Em outro, impediu-o de exercer o trabalho cotidiano de troca com os clientes na loja: as transações financeiras deixaram de fazer parte de sua ocupação. Com isso, seu mecanismo compensatório ficou comprometido.

Solano o incentivou a fazer uma adaptação no novo cargo: ele poderia ser o gerente, mas, ao mesmo tempo, certificar-se de manter contato com os clientes no salão da loja. Quando ele fez isso, sua sensação de estar vivo retornou e, com efeito, nesse ano, a loja registrou seu recorde de vendas de todos os tempos. A fórmula, portanto, envolveu o relacionamento do paciente com outras pessoas, com *F* indicando o mecanismo de troca de produtos por dinheiro, e *x* e *y* indicando o vendedor e o cliente. É interessante comparar essa relação de dois lugares com o uso do significante "merda" no caso que discutimos no capítulo anterior. Ali, a paciente tinha que ser incontinente para se proteger da ameaça invasiva do pai. "Merda" era o predicado que precisava ser ligado ao sujeito, mas não a ligava a nenhum tipo de circuito com outras pessoas. Quando o predicado foi retirado, veio o surto psicótico. Se as fórmulas funcionais têm a fórmula *Fxy*, os casos como o da mulher que precisava da incontinência fecal têm a forma *Fx*, onde *F* representa a ação, e *x*, o sujeito. Observe-se também que os exemplos de fórmulas funcionais envolvem certo compromisso com algum tipo de relação social, o que não acontece com os da forma *Fx*.

OUTRO MECANISMO COMUM, frequentemente documentado por analistas e psiquiatras, é a criação de uma prótese da ordem simbólica, como que para ligar o sujeito ao sistema simbólico que ele nunca incorporou. Na impossibilidade de ter acesso a esse sistema internamente, ele é diretamente buscado do lado de fora. A literatura especializada está cheia de casos de pessoas que desenvolvem um apego por máquinas ou dispositivos mecânicos, que acreditam ser influenciadas por máquinas, ou que parecem incapazes de distinguir objetos animados e inanimados. Em muitos casos, a máquina permanece no nível de uma simples estrutura binária, assumindo, por exemplo, a forma de um interruptor que liga e desliga. Stanley passava horas desenhando interruptores, os quais fingia ligar ou desligar. Posteriormente, ficou obcecado com acender e

apagar as luzes, e fez pouco mais do que isso durante semanas.

O traço fascinante desses casos é que os autores quase sempre interpretam essas relações como baseadas no modelo humano: as máquinas que cativam e aterrorizam a criança são entendidas como concretizações de impulsos internos, ligadas às relações com os pais e outros cuidadores. A máquina é vista como um símbolo de alguém que foi importante para a criança. Margaret Mahler, por exemplo, achava que as máquinas que apareciam nos casos de crianças esquizofrênicas permitiam que estas convertessem relações humanas em relações mecânicas e, com isso, dominassem o fator ameaçador da imprevisibilidade e da diferença.

Num livro inovador, mas hoje lamentavelmente esquecido, Harold Searles questionou a lógica básica dessa abordagem.[10] Em vez de ligar as máquinas e os objetos mecânicos a pessoas reais, sugeriu Searles, por que não ver a importância delas precisamente como objetos não humanos? As crianças, afirmou ele, precisam de uma dose de estabilidade em seu ambiente não humano, e é somente através disso que podem começar a construir a ideia dos pais como entidades vivas. Apesar de não concordarmos com a última parte da argumentação de Searles, ele percebeu algo absolutamente essencial: as crianças buscam em seu meio algo que é importante justamente por não ser humano, objetos ou figuras que encarnem a dimensão do simbólico como tal, de uma ordem simbólica que transcende as relações humanas.

No neurótico, esses elementos podem ser usados para reforçar a função do pai, como vimos no Pequeno Hans e em Pagnol. No psicótico, porém, pode haver um apelo ainda mais arcaico à estrutura mínima do próprio simbólico, sob a forma de oposições binárias. As máquinas estudadas por Searles incorporavam um mais-e-menos elementar, e era a isso que muitas dessas crianças se prendiam. Sem nenhum registro interno da estrutura binária básica, a criança tentava ganhar acesso a ela externamente, ou encarná-la ela própria, como nos casos em que uma única ação é iniciada e interrompida de forma repetitiva.

Podemos ver isso, hoje em dia, no tema comum da incorporação de elementos não humanos no corpo: o Homem de Seis Milhões de Dólares, Robocop ou o herói do filme de ficção científica *Viagem insólita*, todos se tornam homens por meio da introdução de um circuito simbólico alheio no tecido real de seu corpo. Similarmente, a literatura infantil é repleta de histórias em que um objeto mágico confere habilidades ou poderes especiais a seu descobridor. Em todas essas ficções, o elemento não humano adicional permite que a pessoa se torne quem ela é, como se sua própria identidade resultasse disso. Obter acesso a essa dimensão simbólica introduz estabilidade e equilíbrio nas relações humanas.

Essas narrativas encenam a ideia básica de que precisamos incorporar a ordem simbólica no corpo, como um circuito de representações e leis – e assim, o meio não humano, como percebeu Searles, tem sua própria importância psicológica.

Esses sistemas podem assumir a forma de máquinas e aparelhos mecânicos, ou de sistemas matemáticos ou genealógicos, ou do trabalho de computadores, por exemplo. Podem também envolver pesquisas de arquivo ou qualquer tipo de interpretação de documentos, muitas vezes para estudar ou provar alguma forma de filiação. É por isso que há tantos psicóticos nas bibliotecas. Louis Sass descreveu um paciente que formulou uma estratégia para seu comportamento imitativo.[11] Embora suas imitações pudessem evocar as personalidades "como se" que discutimos antes, na verdade ele almejava entender como as pessoas interagiam socialmente, estudando sua conduta como o faria um antropólogo. Tinha a esperança de codificar as etapas envolvidas na formação da amizade e, com isso, conceber novos "esquemas" para os relacionamentos em seu pavilhão hospitalar. Ele explicou que isso lhe permitiria ser uma "máquina de comunicação" mais eficiente.

O mais famoso desses casos é o de Joey, sem dúvida. Quando chegou à escola de Bettelheim, parecia funcionar por controle remoto: era um "homem mecânico", operado por máquinas e correntes à sua volta. Tentava introduzir os dedos nas tomadas e, mais tarde, quando isso se tornou inviável, instalava fiações imaginárias para se conectar às saídas elétricas. Isso era especialmente importante na hora das refeições, pois ele achava que seu aparelho digestivo só podia funcionar graças à corrente elétrica. Bettelheim interpretou essas fiações como algo que encarnava uma fonte de emoções e ligava Joey a ela, mas poderíamos vê-las como tentativas de obter acesso ao meio não humano: à forma mínima do simbólico de que ele necessitava para sobreviver.

Existem muitas maneiras possíveis de obter acesso a uma prótese do simbólico, e poderíamos situar um espectro que tem numa de suas extremidades as atividades inseridas na cultura, aquelas que visam à reforma social, à criação de um novo mundo, e na outra, aquelas que visam simplesmente conectar o corpo à mais ínfima forma de estrutura binária. Muitas pessoas diagnosticadas com a síndrome de Asperger são, na verdade, psicóticos que conseguiram encontrar uma solução nesses moldes, limitando seus interesses a uma única atividade, geralmente simbólica, como que para condensar o real – sua experiência da excitação corporal – e o simbólico num único ponto.

A ideia schreberiana de uma nova Ordem do Mundo é um exemplo da criação de uma rede pseudossimbólica que teve como resultados o estabelecimento de um sistema legiforme e a limitação da libido: a elaboração desse sistema ocorreu

simultaneamente a uma redução do sofrimento corporal. No início, essa Ordem era autônoma, e Deus a deixava em paz, sem interferir no destino dos seres individuais. Portanto, o sistema tinha uma estabilidade que não era afetada pela vontade arbitrária de nenhum agente, fosse ele humano ou divino. Os caprichos divinos foram contidos, como se um sistema "mais poderoso que Deus" regulasse a distância entre o sujeito e a vontade potencialmente maléfica e poderosa deste último.

Tais sistemas não raro são construídos em torno de um ponto ideal – para Schreber, ser o gerador da nova raça – que pode ser rastreado até a mãe. As tentativas de criação de ordem em torno desse ponto podem envolver ideias de salvar ou aperfeiçoar o mundo. A meta, como assinalou Colette Soler, é ligar a libido a um princípio de ordem. Este, com frequência, situa-se no futuro, e por isso permite que a pessoa exista no presente. Podemos lembrar que, mesmo para Schreber, a raça que ele estava destinado a gerar só aconteceria mais tarde, ecoando seu desejo e o de sua mulher de terem "filhos no futuro". Para o sujeito psicótico, é muito perigoso perder a ideia de futuro, o que muitas vezes é instigado por terapeutas bem-intencionados, na tentativa de torná-lo mais "realista" ou mais feliz no aqui e agora.

Numa elegante série de estudos, Soler mostrou como Jean-Jacques Rousseau criou seu próprio simbólico compensatório. Rousseau tentou modificar o que via como a desordem do mundo, denunciando a moral corrupta de sua época – num verdadeiro estilo paranoico – e depois propondo soluções sociais para purificá-la. Para o pai de Rousseau, o filho tinha sido a causa da morte da mãe. A questão dessa imputação de responsabilidade pode ter contribuído para a postura de protesto de Rousseau: a culpa foracluída retornou de fora, no real, para criar o delírio de que todos estavam tramando contra ele. Em seus escritos, ele situou essa libido "ruim" no Outro e tentou oferecer uma ordem ideal como solução. Quando a ordem determinada pelo simbólico é foracluída, o paranoico cria uma nova ordem.[12]

Embora isso às vezes possa parecer delirante, é perfeitamente compatível com a mudança social verdadeira. O impacto de Rousseau na civilização ocidental é inegável, e neste ponto também poderíamos evocar James Tilly Matthews, cujo "tear aéreo" discutimos antes. Matthews conseguiu convencer o governo francês, no início da década de 1790, de que poderia promover a paz com a Inglaterra, e, a princípio, seus esforços diplomáticos foram levados inteiramente a sério. No Hospital Bedlam, ele foi um negociador e advogado competente, solucionando disputas entre o pessoal hospitalar e os pacientes, e convencendo uma comissão de inquérito da Câmara dos Comuns de que ela deveria investigar as condições

hospitalares. Matthews reconheceu que havia uma falha no mundo e propôs soluções para ela, primeiro no nível da diplomacia internacional, depois no contexto local da gestão do hospital em que estava internado.

Se, em alguns casos, cria-se uma nova ordem, em outros recorre-se a uma ordem existente. Esta pode assumir a forma da própria lei, mas entendida num sentido literal. Daí as psicoses litigiosas e queixosas que foram tão conhecidas pela psiquiatria do século XIX e do início do século XX. Nesses casos, a pessoa move processos judiciais, faz ameaças de litígio, queixa-se com autoridades públicas. Sua postura é sempre a da vítima inocente de um agravo ou injustiça, e o recurso à lei é feito para restabelecer a justiça e corrigir uma falha no mundo. O fracasso judicial frequentemente resulta apenas em novos litígios e apelações, a tal ponto o sujeito está convencido não apenas da injustiça, mas também da capacidade judicial de corrigi-la. O sujeito psicótico, nesse caso, torna-se instrumento de uma ideia de justiça ou de outra causa abstrata.

A lei, aqui, não é a instância internalizada, e sim uma estrutura externa a que a pessoa recorre. Enquanto, na neurose, a lei é metafórica, em muitos sentidos, funcionando como um princípio de limitação e nunca redutível a uma afirmação simples, na psicose ela pode ser identificada com palavras ou ordens específicas. O psicanalista Guy Trobas fornece diversos exemplos: “O incesto”, disse um de seus analisandos, “é proibido por lei, mas eu não sabia disso quando era pequeno.” “O incesto”, disse outro, “é proibido pela polícia… a pessoa pode ir para a cadeia por causa dele.” A proibição do incesto, nesses exemplos, é equiparada a uma proibição judicial, e não a uma força abstrata mais estrutural. Vemos a mesma literalização da lei em outro exemplo de Trobas: “Não tenho o direito de seduzi-lo porque você é casado.” A lei dita sua própria lógica, em contraste com a confusão moral do neurótico, que pode muito bem ter uma aventura amorosa e depois sofrer os efeitos inconscientes desta proibição.[13]

Gérard Pommier observou que há aí pelo menos dois caminhos na psicose: criar um nome através de uma atividade ou um trabalho, ou apagar-se por meio de um ideal que exija o sacrifício do sujeito, muitas vezes em prol do bem maior da humanidade.[14] O tema do sacrifício pode ser um modo de introduzir uma falta, uma negação da libido, mas também pode funcionar de outras maneiras. Psiquiatras e analistas observaram com frequência que, em alguns casos, tem-se a impressão de que o sofrimento do paciente permite a existência de uma outra pessoa, como os dois polos de uma equação. Isso pode refletir-se na convicção de que, para que ele viva, alguém mais terá de morrer, ou pode assumir formas mais sutis. Lembraríamos aqui o caso que discutimos no capítulo anterior, no qual a paciente achava que deveria ter morrido para permitir que seu avô

vivesse. Em outros casos de esquizofrenia, é como se a loucura e o tormento do sujeito externalizassem aquilo que não é reconhecido pelo genitor: que o sujeito tem de ser louco para permitir que o pai ou a mãe sobreviva. Nessa situação, o paciente fica no lugar de objeto para o Outro, completando-o, talvez através da condensação da libido parental. Louis Wolfson notou uma equivalência entre sua psicose e a falta de um dos olhos de sua mãe, como se sua loucura fosse o que permitia a ela não ter consciência de sua própria aflição. Essa equação encontrou eco no que ele chamava de sua "neurose cardíaca": como ele era o único filho de sua mãe e já que, de acordo com ela, era a sua "razão de ser", se ele desaparecesse, ela também desapareceria.

Esse exercício de equilíbrio esclarece um outro detalhe da narrativa de Wolfson, que encontramos em muitos casos de psicose: a sensação de voracidade. Wolfson sentia uma aguda vergonha quando comia sofregamente, e isso o levava a ideias suicidas.[15] Muitas vezes, a ideia da própria voracidade é insuportável para os sujeitos psicóticos, como se constituísse literalmente um assassinato. Mas, por que seria tão problemática a satisfação de um apetite oral? Por que será que é isso que gera culpa, e não, por exemplo, os momentos em que uma outra pessoa é agredida ou insultada? A resposta talvez esteja em que tudo isso é a mesma coisa. Como disse uma jovem esquizofrênica, ao descrever sua relação com o terapeuta: "Eu observava com muito cuidado se você estava emagrecendo enquanto tratava de mim. Tinha que ter certeza de não estar tirando coisas demais."[16] Sem um terceiro termo simbólico, o mundo fica reduzido ao eu e ao outro: o que um tem é o que falta ao outro, e vice-versa.

A descrição que Wolfson faz de sua psicose ilustra não apenas esse tema do sacrifício, mas também a importância da escrita e do nome. Muitas vezes, escrever é uma forma de obter acesso a uma prótese do simbólico, e é extraordinário ver quantas pessoas querem escrever livros. Os agentes literários e as editoras ficam inundados de manuscritos, e os jornais e as revistas publicam regularmente anúncios de cursos de redação. O fato de esses anúncios aparecerem na primeira página indica a extensão do mercado, e é de se supor que quase todos os adultos do país tenham alguma aspiração nesse sentido. Escrever é de uma importância incrível para o sujeito psicótico, pois tem uma função apaziguadora. Se a cadeia simbólica acha-se danificada na psicose, escrever proporciona uma forma de consertar, de atar nós, de ligar as palavras e a libido.

Às vezes, a escrita visa à criação de um sistema puramente formal. Louis Wolfson buscou o conhecimento de línguas e se descreveu, como vimos, como "o estudante esquizofrênico de línguas". Morava sozinho num quarto, tentando

desesperadamente evitar a voz da mãe – tarefa quase impossível, uma vez que ele havia identificado toda a língua inglesa com ela. Era-lhe insuportável ouvir ou falar inglês. Sentia ter que eliminar o inglês que havia em seu interior, já que essa língua lhe invadia o corpo por todas as aberturas: ouvidos, olhos, boca e ânus, tudo servia de conduto para os ataques aterrorizantes. Fechar essas aberturas corporais com protetores de ouvido ou com os dedos não bastava para barrá-los, uma vez que o inglês já havia penetrado em seu interior. Nem mesmo ouvir programas de rádio em línguas estrangeiras, usando fones de ouvido, era uma defesa suficiente. As palavras escritas em inglês tinham o mesmo efeito persecutório, e ele era invadido, independente de sua mãe estar fisicamente presente ou não.

Para se proteger, ele desenvolveu uma nova língua, que chamava de "arma linguística": um sistema para transformar palavras em inglês, "quase instantaneamente", num híbrido de alemão, hebraico, francês e russo. A tradução para uma única língua não seria eficaz, explicou ele, pois permitiria que as palavras individuais em inglês sobrevivessem. Sua tarefa, ao contrário, era "aniquilá-las", torná-las incapazes de atacá-lo no futuro. Assim, ele conseguia descontaminar a voz da mãe, decompondo-a em palavras ou sílabas, traduzindo-as com seu sistema de regras linguísticas que usava línguas diferentes e, com isso, gerando novas palavras e frases. Um sistema linguístico era usado para gerar uma negatividade, exatamente ali onde o simbólico não fizera isso por ele. Ao mesmo tempo, esse sistema praticava uma operação no aspecto interpelativo da linguagem que discutimos antes: ele conseguia controlar esse aspecto através de meios artificiais. Wolfson publicou as descrições de sua experiência em francês, nunca em inglês, e, depois de morar em Nova York, mudou-se para o Canadá, após a morte da mãe, e mais tarde, para Porto Rico, onde, ao que parece, acertou a loteria nacional em 2003 e ficou milionário.

O sujeito psicótico encontra a estabilização, nesses casos, através de uma transformação da linguagem, e é comum encontrarmos a criação de sistemas como esse na esquizofrenia. Nesse contexto, Lacan interessou-se especialmente por Joyce, e afirmou que o escritor havia encontrado uma solução para a foraclusão através de seu trabalho, fazendo um nome para si ali onde o pai não conseguira transmitir-lhe um nome. Infelizmente, a maioria dos comentários lacanianos sobre Joyce apenas repete banalidades e evoca os mesmos exemplos batidos. O estudo de Geneviève Morel é uma das exceções, e ela examina criteriosamente a experiência joyciana da linguagem.[17] Ela mostra que Joyce sofria de imposição da fala e tinha poucas barreiras contra a dimensão invasiva das palavras. Repetia conversas entre o pai e o tio, sem saber o que significavam

as palavras, e, em 1931, ouviu a voz do pai, depois que este morreu. Suas "revelações" também giram em torno de fragmentos de fala, como se os excertos de conversas ouvidas por ele tivessem uma qualidade enigmática que ele tinha de anotar. Ao invés de fugir dessa dimensão da linguagem, entretanto, a estratégia de Joyce foi acentuá-la: ele se tornou um receptor de todas as falas que conseguia ouvir a seu redor, escrevendo não em isolamento, mas na cozinha, muitas vezes, cercado por mulheres que conversavam. Abriu-se para a intromissão da fala, criando seus livros a partir daquilo que lhe era imposto.

Embora essas obras tenham lhe dado um nome, como assinalou Lacan, talvez elas também tenham tido uma outra função. É famoso o comentário de Joyce de que seus livros manteriam seus estudiosos ocupados por algumas centenas de anos. Poderíamos ver nisso uma forma de promoção de seu nome – Joyce o Escritor –, mas trata-se de algo que certamente também lhe permitiu uma inflexão da função interpeladora que discutimos antes. Em vez de ser ele mesmo o alvo da fala, Joyce pôde transferir isso, por meio de seu trabalho, para a comunidade de leitores que o estudaria. Em certo sentido, transmitiu-lhes o enigma, embora não em sua forma original. Executou um trabalho não apenas na linguagem, mas também na função interpeladora que há nela.

Se uma obra como *Finnegans Wake* é capaz de intrigar e fascinar os leitores, também é frequente constatarmos que as criações esquizofrênicas da linguagem produzem um efeito semelhante. Aqui, o esforço é construir uma metalinguagem, uma linguagem dentro da linguagem que possa assumir a forma de uma linguagem sobre outra linguagem. Há nesses projetos uma lógica poderosa, pois, se aquilo de que a pessoa sofre é a onipresença da linguagem, sua presença invasiva e sem mediação, que estratégia pode ser melhor do que construir uma defesa com o próprio material que a ataca? Às vezes, invenções dessa ordem modificam o mundo, como vemos com as linguagens de computação e outros sistemas matemáticos e formais, bem como certas invenções no campo da literatura e da poesia. Tal como Wolfson, por quem a linguagem era vivida como invasiva e persecutória, realiza-se uma operação *na* linguagem, um modo de falar da linguagem e de mudar o próprio lugar em relação a ela. Em muitos desses casos, como disse Sass, a linguagem não é habitada, mas "contemplada como uma coisa à parte". Em termos clínicos, é importante reconhecer esse fato e não presumir que o paciente deva usar a linguagem para a comunicação: ao contrário, pode ser absolutamente crucial para ele transformar a linguagem numa espécie de objeto, sistema ou ferramenta, por mais estranho e idiossincrático que isso pareça.

Essas operações linguísticas não raro são equivalentes à construção de

conjuntos. A pessoa agrupa elementos de uma língua natural ou alguma outra multiplicidade e introduz ordem nele. Um menino esquizofrênico com quem trabalhei passava meses separando flores em suas taxonomias pessoais, com regras especiais para a criação de cada classificação, as quais iam desde a cor até o fato de as flores terem em comum a primeira letra do nome. Provavelmente, não era à toa que o nome da mãe dele também era o de uma planta conhecida, e podemos ver esses esforços como tentativas de gerar conjuntos ali onde a metáfora paterna não estivera disponível para executar essa tarefa. Afinal, esse processo cria um conjunto a partir dos significantes do desejo da mãe, e os reúne por meio da introdução do pai e da significação fálica: ao invés de representarem um enigma para a criança, eles recebem um significado. Na falta dessa construção, muitos sujeitos psicóticos tratam o desejo do Outro inventando suas próprias variedades de formação do conjunto. Agrupar elementos não apenas proporciona ordem, mas também estabelece limites e barreiras que são cruciais para a segurança da pessoa.

Essas transformações podem transmitir sentido – como faz uma obra literária –, mas também podem esvaziar o sentido, reduzindo a linguagem a um sistema algébrico de sinais, inacessível a outras pessoas. Uma paciente esquizofrênica propôs que, em vez de descrever os fenômenos psicóticos que a atormentavam, ela os numeraria e usaria um sistema numérico para descrever suas experiências. Aceitei isso e, com certo humor, ela passou a criar seu novo código: 15 era a experiência de ter colegas invadindo sua mente, 22 era a sensação de dissolução de seu corpo, 17 eram ideias paranoides de estar sendo seguida. Esse processo de numeração teve um efeito de esvaziamento do sentido, reduzindo a intensidade dos fenômenos através da formação de um novo código, um código construído por ela, e não imposto por qualquer outra pessoa. No correr dos anos, nós rimos muito, e eu me pergunto se isso, por si só, não foi um exemplo do que poderíamos chamar, tomando emprestada a expressão de Jung, de “metamorfose da libido”.

A IDEIA DA CRIAÇÃO artificial de um sistema simbólico também pode nos ajudar a explicar os efeitos de algumas formas de terapia. O trabalho de Marguerite Sechehaye com Renée foi tomado como exemplo, em certa época, de como um caso grave de esquizofrenia podia estabilizar-se através de um trabalho terapêutico prolongado e atento.[18] Quando Sechehaye conheceu sua paciente, ela já fora vista por quinze psiquiatras, todos os quais tinham previsto um desfecho sombrio de desintegração psíquica. Ela sofria do que parecia ser uma psicose

alucinatória crônica, com alucinações auditivas, dissociação de ideias, estados catatônicos e retraimentos de cunho autista. Após cerca de dez anos de terapia, Renée pôde começar a viver e a trabalhar com independência, ingressar num curso de biologia, receber seu diploma e um prêmio acadêmico, publicar artigos aclamados e extrair alguma satisfação de estar viva. Sechehaye usou uma técnica que chamou de “realização simbólica”, na qual se tornou, literalmente, a fonte de alimentação de Renée, deixando a paciente comer maçãs em seu seio e usando a gesticulação e o movimento para dramatizar as interações que Renée lhe parecia estar buscando.

A ideia de Sechehaye foi que Renée tinha que vivenciar um período em que suas demandas orais fossem atendidas, ao contrário do que acontecera em sua primeira infância, na qual, em função de uma série de catástrofes, ela sofrera uma grave privação. Um excesso de água tinha sido acrescentado ao seu leite, mas suas lágrimas e sua recusa da mamadeira só tinham feito levar a um diagnóstico de “fraqueza” estomacal, cujo remédio proposto fora uma diluição ainda maior do leite. Foi a presciência de sua avó que a salvou da inanição: ao perceber o que estava acontecendo, ela corrigiu o regime de Renée e lhe proporcionou os cuidados nutricionais e amorosos que claramente faltavam à criança esquelética.

A partida repentina da avó, quando Renée tinha onze meses, foi um choque terrível para a menina, que gritava e chorava, batendo com a cabeça e procurando desesperadamente a cuidadora perdida. O sadismo de seu pai, o nascimento de outros irmãos e o colapso do casamento dos pais agravaram essa infância infeliz e, ao chegar à adolescência, Renée já era delirante, acreditando que um “sistema” tinha sido criado para destruir o mundo e se recusando a comer, em penitência por um crime hediondo que teria cometido, mas que não conseguia especificar.

Ao longo de seus anos de terapia com Sechehaye, os fenômenos psicóticos primários se reduziram, e as mudanças foram visíveis não apenas para a paciente, mas também para os parentes e cuidadores que a cercavam. Não há dúvida de que ocorreu uma transformação drástica, mas o que poderia explicá-la? Os comentaristas do caso tendem a atribuir o sucesso terapêutico aos cuidados amorosos que Sechehaye dedicou à sua paciente: foi a simples devoção dela, dizem, que permitiu a Renée recuperar-se e encontrar um novo interesse na vida. Mas, como observou Sechehaye, essa atitude de “mãe amorosa” não esteve presente em todo o trabalho delas: em suas palavras, foi a presença adicional das satisfações simbólicas que deu ao trabalho o seu verdadeiro poder. Como os traumas de Renée haviam ocorrido numa etapa anterior à sua apreensão da

linguagem verbal, ela precisava de uma resposta concreta não verbal. Impossibilitada de reviver literalmente sua primeira infância, pedia a satisfação sob forma simbólica.

No entanto, ao relermos esse caso à luz de uma compreensão diferente, em termos “simbólicos”, vemos que o que caracterizou quase todas as interações com a terapeuta foi a presença do faz de conta. Ao oferecer um pedaço de maçã a Renée, ela dizia: “Está na hora de beber o leite gostoso das maçãs da mamãe, mamãe vai dá-lo a você.” Ao que Renée se encostava nela e pressionava a maçã em seu seio para comê-la. Sechehaye percebeu que essa alimentação tinha que ser orquestrada, programada para determinados horários do dia e estilizada com muita precisão com sua paciente. O que elas inventaram juntas foi menos a satisfação oral do que uma espécie de enxerto de faz de conta. E foi então que Renée experimentou “a sensação de realidade” pela primeira vez.

As maçãs cruas viriam a se tornar maçãs cozidas na água, depois assadas no leite, depois um mingau feito com leite, sopas, sanduíches etc., mas cada inovação tinha de ser prefaciada pelo ritual com o pedaço de maçã crua tirada do seio, como que para confirmar o status simbólico da interação, sua artificialidade. Renée nunca pedia um pedaço menor ou maior de maçã, como que para confirmar seu valor simbólico mínimo. No código que as duas criaram, as maçãs faziam as vezes do leite materno, e Sechehaye ampliou esse repertório de interações de faz de conta. Deu a Renée uma carta “de” um coelho morto do qual ela havia gostado, fingia que bonecas e figuras inanimadas eram seres reais, alimentando-as e cuidando delas, e assim por diante. Todo o tratamento foi conduzido como uma forma de brincadeira – uma brincadeira mortalmente séria –, que reapresentou Renée à função do simbólico.

Afinal, é somente com um sistema de sinais que nos tornamos capazes de fingir, de fazer de conta que uma coisa representa outra e de reconhecer a natureza convencional dos elementos linguísticos. O que o tratamento fez foi menos apresentar Renée ao leite materno, ou às possibilidades de satisfação oral, ou ao amor de mãe, do que às possibilidades do funcionamento simbólico. Talvez não tenha sido à toa que Sechehaye havia frequentado as palestras inovadoras de Ferdinand de Saussure sobre a linguística, e que suas anotações, junto com as de seu marido, Albert, tenham feito parte da edição da obra de Saussure que tanto influenciou a linguística e as ciências humanas no século XX.

TODOS OS EXEMPLOS de modalidades de estabilização que discutimos são compatíveis com a forma seguinte, que gira em torno da lógica da exceção. A

pessoa cria um espaço, em geral para ela mesma, mas ocasionalmente para uma outra entidade, de um ser excepcional, um ser não incluído no conjunto. Como disse um dos pacientes de Manfred Bleuler: “Eu sou o que o mundo externo perdeu”.[19] Para Schreber, esse era o lugar especial de ser o humano escolhido por Deus. Para um de meus pacientes esquizofrênicos, era o lugar de ser um guarda de trânsito singular, que as pessoas não detestassem. Para outro, era o lugar de ser não um paciente ou um amigo, mas um auxiliar ímpar, não comparável a mais ninguém. Em vez de encarar esses exemplos como megalomania, a chave está em reconhecer a necessidade que o sujeito tem de criar um lugar para si que possa lhe dar uma existência. Houve época em que os Cristos e Napoleões eram comuns nos hospícios, e ainda é frequente encontrarmos Cristos hoje em dia, mas, em geral, eles não têm problema com tarefas subalternas. Como vimos antes, um papa ou um imperador podem ficar perfeitamente satisfeitos cuidando da lavagem da roupa, uma vez que costumam se preocupar muito mais com o estabelecimento na natureza milagrosa de sua missão do que com a realização de seus efeitos.

Qual é a lógica que entra em jogo aí? Se há uma rejeição do significante especial do pai, o psicótico pode ser levado a criar outro significante, seguindo o princípio de que aquilo que é excluído do simbólico retorna no real. Para isso, o sujeito tem de criar ou encontrar um conjunto em relação ao qual possa ter um lugar especial excepcional. Uma de minhas pacientes descreveu que nunca podia estar “num” grupo, no trabalho ou em sua vida social, mas podia apenas ser “de” um grupo, ocupando uma posição externa. “Não é uma sensação de exclusão”, disse ela, quando ocorreu uma situação em que outra pessoa parecia haver tomado seu lugar, “já que a exclusão só pode existir quando há uma possibilidade de inclusão. A inclusão, com os seres humanos, é uma impossibilidade categórica. Não estou no campo da inclusão nem da exclusão”. Uma relação transferencial tempestuosa e difícil atenuou-se aos poucos, quando ela começou a se imaginar habitando “um galpão na extremidade do teu jardim”. Essa posição excepcional, que não era de inclusão nem de exclusão, deu-lhe um lugar que era seguro, no sentido tanto topográfico quanto lógico, um sentido que ela pôde denominar: “a louca do jardim.” Que isso era uma necessidade lógica, e não uma necessidade empírica, ficou claro pelo fato de que ela sabia muito bem que eu não tinha jardim.

Augustin Ménard deu um exemplo dessa lógica em seu livro sobre a invenção na psicose. Sua paciente era uma mulher de 35 anos, hospitalizada por causa de um grave emagrecimento que era uma ameaça para sua vida. Sua anorexia havia começado apenas alguns meses antes, após uma tentativa de suicídio, que tinha

levado à cirurgia e à hospitalização. Ela não conseguia falar de sua história, de sua família nem dos acontecimentos de sua vida, mas, aos poucos, introduziu uma hierarquia no mundo da alimentação: comida proibida, comida tolerada e comida autorizada. Começou a melhorar e a falar mais com o psiquiatra, revelando seu medo de que alguns alimentos estivessem envenenados. Entretanto, não parecia haver interpretado o porquê disso. Semanas depois, sua ingesta tinha voltado a se normalizar e ela disse ao psiquiatra que, para comer sem riscos, tinha que haver apenas um único alimento proibido. Esse alimento proibido "sagrado" era a laranja.

Tal como o Nome-do-Pai, esse foi um princípio organizador simbólico, um ponto de exceção que pôde então organizar seu mundo, muito embora ela não soubesse dizer nada a esse respeito. O fato de ela poder começar a falar e a comer ao mesmo tempo sugere que, até então, as palavras e os alimentos eram demasiadamente reais para ela. Com a introdução do ponto de exceção, puderam tornar-se viáveis. A laranja era um significante da exceção, que continha em si uma negatividade, talvez a própria negatividade que ela tentara encarnar com seu ato suicida de alguns meses antes.

Poderíamos comparar este caso com outro em que um homem, perseguido por um olhar onipresente, começou a forjar uma solução para sua situação apavorante. Sair de casa era assustador e mal chegava a ser possível, em função do olhar maléfico e persecutório de todos os que estavam do lado de fora. Durante a terapia, aconteceu-lhe uma coisa estranha. Ele começou a inspecionar grandes lojas de departamentos, observando a posição e a movimentação das câmeras de segurança. Calculava os pontos exatos em que não seria visto por elas e começou a furtar artigos insignificantes desses locais. Embora isso fosse crime, ainda assim foi um momento positivo para o paciente: ele pôde começar a se subtrair ao olhar do Outro, a criar um espaço de separação, em vez de ficar grudado aos significantes invasivos do Outro, que estava sempre a vigiá-lo.

Esse paciente havia criado um ponto de exceção, que, como no caso anterior, era menos um princípio organizador do que um espaço escavado no mundo dos significantes, no qual ele podia dispor de um espaço mínimo para existir. Louis Wolfson descreveu um projeto semelhante. Ao sentir o olhar invasivo dos guardas de segurança da Biblioteca Pública de Nova York, sem falar na pressão terrível da língua inglesa, começou a elaborar maneiras de roubar um livro. Com grande engenhosidade, concebeu um sistema que lhe permitia trocar os cartões da biblioteca, para furtar qualquer volume que escolhesse. Desse modo, criou um espaço vazio no mundo opressivo à sua volta, o que talvez tenha lhe permitido sobreviver nele.

É interessante observar, neste ponto, a proximidade entre a lógica da exceção na loucura e a lógica da feminilidade: será que ambas não envolvem a ocupação de um lugar singular, excepcional? Seria essa uma das razões pelas quais o sujeito psicótico – seja ele masculino ou feminino – gravita com tanta frequência para uma posição feminina?

Poderíamos contrastar a ideia da lógica da exceção com a ideia de haver na primeira infância uma impressão de discordância, de um não se enquadrar, um não ter um lugar, de algum modo. Não há dúvida de que isso ocorre, em alguns momentos, com todas as crianças, e tem um sem-número de causas: elas não tinham sido desejadas, eram vivenciadas como um fardo ou uma intromissão etc. Seria possível argumentar que a criança psicótica toma a decisão de interpretar racionalmente essa sensação de discordância: ela não se encaixa por ser excepcional, por ter uma missão, por ter uma ascendência real. Dessa maneira, a sensação de não ter um lugar pode ser transformada num sentimento poderoso de ter um lugar, ter uma missão, e aqui podemos pensar em alguns dos famosos casos de assassinos que são alunos do ensino médio. Por outro lado, há igualmente muitos casos em que o sujeito psicótico inicia a vida tendo um lugar excessivo – o de substituto de um filho morto, ou o de salvador, ou o de perseguidor de um dos pais. Talvez seja o próprio peso dessa significação que é insuportável para tais crianças.

AS DUAS ÚLTIMAS formas de estabilização que discutiremos costumam ser encontradas juntas: concernem à atividade de limitar e denominar, e à criação de uma forma nova e singular de atar o simbólico, o imaginário e o real, aquilo que Lacan chamou de “sinthoma”. É frequente os psicóticos se curarem, como vimos, através de um trabalho limitador da libido, o que pode envolver a invenção de um novo objeto que lhes permita situar a libido fora do corpo, usando o próprio ponto daquilo que lhes é mais particular para encontrar uma solução. Em geral, isso se liga a um destinatário, a alguma pessoa, grupo ou comunidade com quem o psicótico se liga por meio da invenção.

Aqui, a ideia psicanalítica é uma versão sofisticada da história do elefante Dumbo. No filme da Disney, esse pobre paquiderme é desdenhado e denegrido por seres humanos e animais por causa de suas orelhas enormes. No entanto, as próprias marcas da dejeção tornam-se o instrumento do sucesso: quando Dumbo se dá conta, com a ajuda do camundongo Timothy, seu amigo, de que as orelhas podem servir de asas para impulsioná-lo no ar, ele se torna a estrela do circo. Sua falta torna-se sua virtude, permitindo-lhe viver com uma nova dignidade.

Embora se trate de um conto de fadas, a lógica do filme da Disney ilustra o conceito lacaniano: a transformação daquilo que aflige o sujeito num meio de vida, não por sua eliminação, mas por sua exploração, pela aprendizagem de como usá-lo.

Veríamos o mesmo processo no caso de Joyce, através da exploração exatamente daquilo que o atacava: as vozes que se impunham vieram a se tornar o próprio material de sua identidade literária. Os super-heróis que povoam o mundo das crianças e dos adolescentes adquirem seus poderes de maneira parecida. Ao lermos perfis das centenas de heróis e vilões da *Marvel Encyclopedia*, vemos que cada um recebe seu nome através de alguma experiência devastadora de perda, dor ou pavor: a morte de um dos pais, um acidente nuclear, um ataque violento por parte de animais selvagens, ser abandonado na infância, e assim por diante. Em vez de ser recalcado, esse momento é diretamente inscrito no nome, como se os personagens se identificassem com a chancela ou o carimbo que lhes é imposto, em vez de resistirem a ele ou de o negarem. É esse carimbo que vem então dar-lhes uma direção na vida, ainda que traga consigo um certo isolamento.

Uma paciente minha ouvira de seus pais, de forma inequívoca, a afirmação de que tinha sido um bebê indesejado, e essa marca de ser indesejada fora posta em ato por ela em muitos de seus relacionamentos posteriores. Os pais não haviam usado de rodeios: o nascimento dela, disseram, “tinha sido um erro”. Durante toda a vida, ela se ligara a situações em que “não era querida, mas apenas tolerada”, e sua psicose entrou em surto no momento em que um parceiro lhe disse que não queria o bebê que ela estava esperando. Na solução que construiu, muitos anos depois, essa paciente se reinventou, modificando seu nome para que ele fosse grafado do modo como soaria uma certa pronúncia estrangeira equivocada de seu nome. Com isso, ela tomou o que era literalmente um erro – a pronúncia errada do nome – e o transformou em seu recurso. Em vez de sofrer por ser um erro, transformou-o no princípio de sua identidade, uma identidade que passou então a usar numa forma criativa de trabalho.

Num outro caso, vemos a transmissão de identificações conformistas do estilo “como se” para a cunhagem de um nome. A jovem anteriormente mencionada que se tornou prostituta para evitar as interações sociais descreveu que, mais tarde, sua imitação dos outros permitiu-lhe “inventar uma pessoa nova”, e ela se deu um novo nome: “Emily”. “Só passei a existir com a Emily. Foi esse nome que me permitiu sobreviver.” “É que antes eu não existia. Em todos aqueles anos anteriores, eu estava morta. Mas agora, com a Emily, pude inventar um passado e um presente, isso foi inteiramente fabricado.” Tratava-se de algo que ajudara a

sustentá-la durante vários anos, porém se revelava mais frágil quando as pessoas manifestavam curiosidade a seu respeito e procuravam saber detalhes de sua vida privada.

Às vezes, o nome não é o nome próprio real da pessoa, mas uma palavra que tem a mesma função, juntando a linguagem e a libido corporal. Num dado caso, um longo período de terapia resultou na invenção de uma nova palavra – "Vemaebel" –, da qual a paciente se orgulhava e pela qual se sentia protegida. O termo podia designá-la, designar o terapeuta ou denotar alguma situação em que ela se encontrasse. Em si mesmo, não tinha qualquer sentido convencional, mas era de uma importância incrível para ela. Quando as coisas ficavam difíceis, ela me mandava uma mensagem com essa palavra ou a escrevia num pedaço de papel. Meses depois da cunhagem desse termo, ela inventou outro – "Michmuch" –, e os dois neologismos lhe permitiram não apenas instituir um nome onde antes não existira nenhum, mas também criar um binário mínimo. Por mais estranho que pareça, os momentos da criação dessas duas palavras foram decisivos na terapia e marcaram a atenuação de suas alucinações.

Poderíamos lembrar, neste ponto, a importância dos processos de denominação no complexo de Édipo, discutida no Capítulo 2. Quando o neurótico diz "sim" à função paterna, o desejo da mãe pode ser designado. Mas quando, na psicose, o sujeito diz "não", ele tem que inventar seu próprio nome ou nomes para fixar os aspectos enigmáticos e ameaçadores do Outro. Diferentes casos de psicose mostram repetidamente esse esforço de criação, à medida que se produzem novas palavras que designam, especificam e limitam, em vez de simplesmente descreverem. No caso que discutimos no capítulo anterior, o sujeito não apenas fazia listas de seus problemas, como acrescentou um nome a essas listas – suas "cismas". Aqui, denominar equivale à construção de conjuntos, uma vez que um conjunto tem que ser rotulado, e já constitui um progresso significativo, parecido com a construção de uma metalinguagem. Desvalorizar esse trabalho de denominação é cruel e perigoso.

Essa importância dos nomes explica um outro aspecto da psicose. Alguns sujeitos psicóticos acham muito útil receber um diagnóstico, um rótulo que outros sujeitos rejeitam como um absurdo pseudocientífico, uma tentativa invasiva de enquadrá-los e categorizá-los. Os pesquisadores dos serviços de saúde vivem tentando descobrir o que é melhor: se atribuir rótulos ou evitar a atribuição de rótulos. Todavia, está claro que a importância e o valor de um rótulo dependem de cada sujeito individual. Se, para alguns, o rótulo pode ter uma função de nomeação, como um grampo com que prender coisas soltas, ele pode ser útil. Quando, para outros, ele é vivenciado como invasivo e alienante,

não é bem-vindo. A chave é ter uma ideia do lugar que o nome ocupa em cada economia subjetiva.

Criar um nome pode fazer parte do tipo de estabilização que Lacan chamava de “sinthoma”, um modo de vincular o real, o simbólico e o imaginário que sempre envolve algum tipo de criação. Pode igualmente tratar-se de um objeto fora do corpo, situado como um ponto excepcional. Num caso descrito por Éric Laurent, um rapaz explicou, em sua primeira consulta, que era filho não reconhecido de um empresário que acabara de falecer no exterior.[20] Sabia que esse homem era seu pai por sua mãe e por uma carta recebida dele. Ao tomar conhecimento da morte, num jornal local, tinha ido imediatamente à embaixada do país em questão e pedido para ser reconhecido como cidadão e como filho do homem falecido. Como prova da filiação, exibiu a matéria do jornal e a carta. Depois disso, só conseguiu tornar a vida suportável fumando muita maconha. Trabalhar era difícil, porque achava que as pessoas estavam falando a seu respeito, e os relacionamentos também eram marcados por fenômenos psicóticos: ele via uma caveira no rosto da garota em quem estava interessado, e via seu próprio esqueleto através da pele durante o sexo. Na análise, conseguiu construir alguma coisa a partir do material mínimo de sua única lembrança infantil: estava num veículo de transporte público, com uma garrafa de água na mão ou a seu lado. Essa era sua única lembrança, nada mais, nada menos.

Morava num quartinho no alto de um prédio, acima da casa da mãe, e frequentemente tinha a sensação de que os vizinhos eram autoritários e persecutórios. Esse quarto ficava perto dos banheiros, que tinham vazamentos, e ele começou a desenvolver seus pensamentos em torno desse ponto – a cisterna, a água, a válvula – e a detalhar e descrever com grande cuidado e interesse os modos pelos quais o sistema podia dar defeito. Fez isso com os diferentes vizinhos que até então tinham sido invasivos, instruindo-os sobre as diferentes possibilidades e detalhes, mostrando-lhes o que estava errado e se transformando no zelador da cisterna. Isso foi acompanhado pela criação de um sistema de distâncias: para o vizinho de quem se sentia mais próximo, ele telefonava de seu próprio quarto; para outro, ligava de um telefone público na rua, o qual considerava ser distante de casa. Tinha se tornado o educador de seu prédio, e Laurent observou que o pai do paciente havia trabalhado na área da educação. Como observou esse psicanalista, o paciente havia criado um objeto fora do corpo e construído em torno dele um conhecimento que lhe permitiu dirigir-se a pessoas com quem, até então, tinha sido impossível falar.

Num outro caso, descrito por Ellen Corin, um rapaz que morava num porão escuro, com as cortinas fechadas o dia inteiro, explicou que sempre fora

marginalizado.[21] Queixou-se dos pais invasivos e mesquinhos e de ser ridicularizado pelos colegas de turma como gay. “As pessoas são más”, disse a Corin. “Elas olham para a gente, ficam encarando…” O principal traço organizador de sua vida era ouvir transmissões radiofônicas em ondas curtas e tentar identificar quem as fazia. Ele colhia informações sobre os autores das transmissões e as anotava cuidadosamente num registro, captando sinais da América do Sul, dos Estados Unidos e do Canadá. O rádio, observou Corin, era um recurso que lhe permitia inserir-se numa rede virtual de pessoas, participar de um circuito de comunicações e elaborar um certo tipo de mundo social, ao mesmo tempo que permanecia em seu quarto. Ele estava usando o que a cultura lhe oferecia para transformar uma situação de distanciamento do mundo social numa forma de participação. Tal como o paciente de Laurent, não só criou alguma coisa, como ligou essa criação a um destinatário.

A ênfase, nesse caso, é menos na reintegração da pessoa para estabelecer papéis ou normas sociais do que em ajudá-la a fomentar um estilo de vida: como disse Corin, a explorar as maneiras de o sujeito se relacionar e adquirir uma perspectiva do mundo, “do conteúdo para o estilo”. Ela descreveu com muito apuro o modo como sujeitos psicóticos fora do hospital podem tentar criar estilos de vida, muitas vezes sentando-se e andando por locais públicos onde podem misturar-se a outras pessoas, sem necessariamente interagir com elas: estar ali, mas a uma distância segura. Eles podem frequentar um mesmo restaurante ou banco de parque num mesmo horário do dia, criando um sistema privado de coordenadas e sua própria geografia. Diálogos aparentemente vazios com um barman, ou com os funcionários de uma cafeteria, podem revelar-se uma parte crucial desse sistema de ancoragem. Esses sujeitos se relacionam com os outros sem terem que se comprometer com relações interpessoais. Alguns preferem espaços mais anônimos, como os shoppings ou ruas movimentadas. O ritmo e a rotina, como assinalou Corin, são cruciais nesses casos, e devem ser respeitados.

Uma paciente minha frequentou uma academia durante anos, não para se exercitar, mas simplesmente para dizer “bom dia” ao rapaz que trabalhava na recepção. Não tinha nenhum interesse romântico por ele, mas o funcionário era uma garantia, para ela, de que o mundo era estável. Um dia, quando o recepcionista não foi trabalhar, as alucinações da moça tiveram início. Tudo que queria, em suas palavras, era vê-lo, saber que estava ali, como um ponto isolado de coerência em que ela podia confiar. A troca mínima de palavras tinha para ela uma função vital, como se, sem estas, tudo viesse a desmoronar. Não havia nenhum desejo de conhecer melhor o rapaz, nem o desejo de ter qualquer tipo de relacionamento, e esse fato é frequentemente mal interpretado por clínicos

neuróticos, que presumem que todos devem ansiar pelo contato humano.

Todavia, é crucial a distinção entre o misturar-se e o interagir. Forçar um sujeito psicótico a ter o que o terapeuta considera relações humanas “autênticas” pode ser desastroso, e despreza por completo a importância das distâncias que a pessoa possa ter instituído em seu mundo. O mesmo se aplica ao modo como o sujeito pode ter dividido o espaço externo. As divisões psicóticas do espaço são comumente confundidas com fobias – aliás, até pela própria pessoa. Uma agorafobia, por exemplo, pode funcionar como uma divisão básica do mundo em dentro e fora, bom e mau. Essa estruturação elementar do espaço pode ser uma resposta ao furo da psicose e, portanto, é crucial mantê-la, como reconhecia a antiga psiquiatria, ao recomendar que não se tentasse eliminar as fobias monossintomáticas. Quando uma pessoa tem uma fobia que organizou sua vida durante décadas, o clínico deve pensar muito bem antes de fazer qualquer tipo de intervenção. Eduardo Weiss relatou que Freud teve um paciente agorafóbico a quem curou de sua fobia, simplesmente para ver desencadear-se um surto psicótico. Este foi estabilizado quando a fobia foi restabelecida, por meio da hipnose.[22]

É interessante comparar as invenções que discutimos com as que comumente aparecem numa etapa anterior do processo psicótico. Quando alguém sente que seus pensamentos, suas emoções e seus atos são feitos ou fabricados por um agente externo, e que ele é um fantoche de uma força externa capaz de colocá-lo em movimento ou largá-lo a qualquer momento, é comum formar a convicção de que isso ocorre por meio de alguma espécie de máquina ou aparelho. Tausk deu a isso o nome de “máquina de influenciar”, um aparelho capaz de controlar à distância os pensamentos e as sensações corporais da pessoa, através de correntes de ar, da eletricidade, de ondas de rádio ou do magnetismo.

De certo modo, isso em si é uma tentativa de curar a si mesmo, pois fornece uma explicação para os sintomas de que a pessoa sofre. De que outra maneira seria possível explicar um furto bizarro ou uma intromissão da mente e do corpo? Aqui, o conhecimento científico ou popular disponível é usado no processo de raciocínio. Em alguns casos, entretanto, o sujeito psicótico inventa um aparelho que *ele*, e não o agente externo, controla. Como as bonecas russas que evocamos anteriormente, há aí uma inversão, como se a pessoa encontrasse um modo de se distanciar de ser um objeto à mercê de uma força externa e passasse a controlá-lo ela mesma.

No caso de Joey, a princípio ele era um objeto à mercê da eletricidade e das correntes que o perpassavam. Seus desenhos mostram seu corpo inteiro construído com uma corrente elétrica, que tinha origem noutro lugar e lhe

atravessava o corpo. Após seu trabalho com a equipe de Bettelheim, ele saiu da escola e retornou a ela, três anos depois, carregando orgulhosamente uma máquina que ele mesmo havia construído. Era um aparelho especial para transformar uma corrente alternada em corrente contínua. Portanto, Joey havia passado de vítima da eletricidade a senhor dela, ou, pelo menos, seu engenheiro. Tal como o homem da cisterna, havia encontrado um modo, através de sua psicose, de introduzir no mundo novos objetos, que transformavam a perseguição em criação.

A maioria das formas de estabilização que discutimos pode coexistir com as outras, e parece provável que sempre haja, de fato, mais de uma atuando na vida do sujeito psicótico. As soluções são como pontos de sutura e, para fazer a realidade manter a coesão, raramente basta um único mecanismo. Se o sistema delirante de Schreber permitiu-lhe reestruturar sua experiência, seu amor permanente e sólido por sua mulher também foi crucial para ele, assim como a redação de suas *Memórias*. Como veremos nos próximos capítulos, que examinam em detalhe alguns casos conhecidos, redes de soluções ou compensações diferentes são construídas ao longo do tempo. Elas protegem o psicótico e podem permitir que a vida continue. Quer a ênfase recaia mais no simbólico – através da construção de uma metalinguagem –, quer no imaginário – através de algum aspecto da imagem corporal –, há sempre uma tentativa de tratar o real: a experiência de pensamentos intrusivos ou de sensações corporais que ameaçam dominar o sujeito.

Todos esses mecanismos e invenções podem permitir uma vida serena e rotineira e, a rigor, seria possível dizer que a própria vida normal é simplesmente uma diversidade de soluções para tornar o real suportável para nós. Não existe aqui nenhuma norma última, e sim apenas uma multiplicidade de formas de criação.

9. Aimée

NO DIA 18 DE ABRIL DE 1931, uma moça aproximou-se da famosa atriz Huguette Duflos, em frente ao Teatro Saint-Georges, em Paris, onde ela se apresentava numa peça chamada *Tudo vai bem*. "A senhora é mme. Duflos?", perguntou a jovem e, quando a atriz lhe deu uma resposta afirmativa, ela sacou da bolsa um enorme facão e a golpeou. O golpe cortou os tendões da mão de Duflos, e a agressora foi rapidamente dominada por assistentes de palco e transeuntes. Inicialmente internada por dois meses numa cela policial em Saint-Lazare, e depois no Hospital Sainte-Anne, ela se acalmou de forma notável. O que a teria levado a fazer uma coisa dessas?, perguntou a si mesma. Como podia ter pensado em agredir Duflos? Sua paixão homicida parecia haver se esgotado, substituída por uma estranha tranquilidade. Como podia uma loucura apavorante e visível passar por uma inversão tão drástica para a serenidade e o equilíbrio?

O caso de Marguerite Anzieu[1] – conhecido como "Aimée", nome inspirado na protagonista dos romances que essa jovem agressora viria a escrever – permite-nos estudar em detalhe não apenas o desencadeamento do surto psicótico, mas também sua aparente transformação em "sanidade". Essa questão perpassará os dois capítulos seguintes, nos quais os casos que exploramos exibem certa estabilidade externa, ou até conformidade social, apesar da presença de uma psicose subjacente. O que permitiria esse tipo de metamorfose? Devemos pensar nela como uma espécie de hibernação contínua ou, ao contrário, como resultado de uma das operações de estabilização e criação que discutimos?

Foi Anzieu quem despertou a atenção de um jovem psiquiatra, Jacques Lacan, no hospital Sainte-Anne. Na época, Lacan tinha 31 anos e estava trabalhando em sua tese de medicina sobre o tema da "paranoia de autopunição". Naqueles anos, a psiquiatria francesa estava preocupada em construir uma clínica diferencial, definindo as variedades da psicose e seus diferentes sintomas, apresentações

clínicas e prognósticos. Lacan já era fascinado pela teoria freudiana, a qual vinha usando como uma nova forma de abordar o debate vigente na classificação psiquiátrica. Assim como a psicanálise havia descrito os neuróticos que cometem crimes por um sentimento preexistente de culpa, a fim de atraírem para si uma punição, Lacan considerou que a busca de punição poderia definir uma certa forma de psicose.

Quando conheceu Anzieu, em junho de 1931, pareceu-lhe haver encontrado o caso clínico que vinha procurando. Ali estava um sujeito psicótico que entrara claramente em delírio e que, aparentemente, havia até tentado praticar um homicídio, porém, não muito depois desse ato, transformara-se na imagem do remorso e da humildade. Era como se o castigo recebido por ela houvesse surtido um efeito poderoso em sua loucura, como se, em algum nível, o que havia buscado com seus atos tivesse sido precisamente o reconhecimento de sua culpa. Embora Aimée fosse apenas um dos quarenta casos em que se baseou a tese de Lacan, ele a viu quase todos os dias, durante um ano e meio, e dedicou o grosso da tese a um estudo pormenorizado de sua vida. O detalhe clínico em que se concentrou foi o momento da mudança, o ponto em que o delírio de Anzieu aparentemente evaporou.

Essa questão também é crucial para nossa discussão da loucura, pois destaca os processos que podem transformar a imagem ruidosa e visível da psicose em algo mais encapsulado e contido. Depois de presa, Marguerite passou vários anos hospitalizada sem nenhum outro ato de violência ou conduta que pudessem ser considerados socialmente inaceitáveis. Documentos recém-descobertos descrevem-na durante o período de internação como “calma”, uma “boa trabalhadora” que solicitava com frequência sua alta.[2] Ela foi transferida do Sainte-Anne para o Ville-Évrard em 1938 e liberada de lá em 1943, havendo assumido uma série de empregos como doméstica e faxineira, sem nunca mais chamar a atenção da psiquiatria ou da lei. Morreu em 1981.

Marguerite Pantaine nasceu em julho de 1892, filha de pais camponeses, na região de Cantal, na França. Foi a quarta filha do casal, seguida por três irmãos varões. A filha primogênita havia morrido aos cinco anos de idade, em dezembro de 1890, e houvera uma filha natimorta em agosto de 1891. Na maior parte de seus primeiros anos de vida, Marguerite ficou sob os cuidados de sua irmã Élise, cinco anos mais velha que ela, até Élise sair de casa e ir trabalhar para o tio. Na descrição de sua infância, Marguerite via-se como uma “*garçonnière*” – uma espécie de garota travessa, com jeito de menino, que brincava principalmente com os irmãos varões, ou se entregava a um “devaneio solitário”. Tinha uma ligação especial com a mãe – algo que chamava de “um apego exclusivo” – e

viria a dizer, muitos anos depois: “Eu devia ter ficado com ela.” Fizesse o que fizesse, a mãe continuaria a amá-la. “Éramos como duas amigas”, disse a paciente, ao explicar a Lacan quanto lamentava ter um dia saído do lado da mãe.

Marguerite bajulava com frequência o pai “tirânico”, sendo a única dentre os filhos a contestar a autoridade paterna. Insistia em fazer as coisas do seu jeito, em detalhes como o corte de cabelo ou o nó do cinto, e tinha um status especial entre os filhos, recebendo privilégios da mãe, como ter uma roupa de cama especial, para inveja das irmãs, que ainda se lembravam com amargura desse fato, uns trinta anos depois, quando Lacan as entrevistou. Marguerite era a filha sobre quem recaíam as esperanças maternas, a que tinha maior probabilidade de ter sucesso. Já vemos aí a ideia de um peso que lhe era imposto e cujas coordenadas ficarão mais claras adiante.

De acordo com o mito familiar, Marguerite nunca ficava pronta na hora, mostrando-se sempre lenta ou atrasada naquilo que tinha de fazer. Saiu-se bem em termos acadêmicos e foi a primeira a frequentar uma escola laica das imediações, aos treze anos de idade, onde se presumiu que faria carreira como professora. Foi aceita num colégio de formação de professores, mas, aos dezesseis anos, foi reprovada em seus exames, o que surpreendeu a todos e bloqueou seu progresso. Esse fracasso foi ligado ao “drama” da morte de uma amiga íntima, que mais tarde seria objeto do manuscrito de um livro redigido por ela, chamado *Le Détracteur*.

Foi nesse momento da história de Marguerite que Lacan situou os primeiros sinais de suas dificuldades. Ela falou da necessidade que passara a ter, a partir daí, do que Lacan chamou de “orientação moral”, uma orientação que os professores não lhe haviam fornecido. A família preocupou-se com ela e, ao que parece, pelo menos a partir desse ponto Marguerite preocupou-se com a ideia de uma vocação mais elevada. Arranjou emprego no serviço postal e foi morar com a irmã Élise e com o tio Guillaume, que a essa altura tinham se casado, numa pequena cidade da província. Foi nessa breve temporada que Marguerite vivenciou seu primeiro amor. Conheceu um poeta vigarista – a quem chamava de “*poétereau*” [poetastro] – e iniciou um relacionamento com ele. O rapaz era uma espécie de Don Juan local e, tempos depois, ela descobriria a cruel verdade de que essa primeira relação sexual tinha sido o mero objeto de uma aposta que ele fizera com amigos.

Como vinha se saindo bem no novo emprego e tinha sido aprovada com êxito num exame administrativo, Marguerite foi designada para outra cidade, onde viria a passar três anos, correspondendo-se com o poeta, que se havia transformado no “único objeto de seus pensamentos”. Isolando-se cada vez mais,

ela não falou com ninguém sobre esse amor intenso, que parece haver continuado sem que ela visse o rapaz durante todo esse período. Em seguida, mudou-se para Melun, onde duas coisas cruciais aconteceram: seu amor pelo poeta transformou-se em ódio – "Por mim, ele pode cair morto", disse ela; "Passei rapidamente do amor para o ódio" –, e Marguerite conheceu uma mulher, C. de la N., por quem se sentiu intensamente atraída.

C. de la N. vinha de uma família aristocrática que enfrentara dificuldades financeiras. Era dominadora e arrogante, falava com frequência sobre sua família de nobres, e exercia uma influência coercitiva sobre o pessoal do escritório. Para Marguerite, ela era diferente, especial, distinguindo-se de "todas aquelas garotas feitas em série [*toutes ces filles faites en série*]". C. portava-se como se fosse social e moralmente superior a todos os que a cercavam, e, ao lado dela, Marguerite sentia-se "masculina", desdenhando de seu próprio sexo. Apesar da proximidade dessa nova amiga e de ficar à sua sombra, Marguerite não era totalmente dominada por ela. "Reservava uma parte de si" com C.: por maior que fosse a proximidade, explicou, "sempre mantive um jardim secreto".[3] Há dois fios distintos na vida de Marguerite, portanto: o da garota levada/"*garçonnière*", com a ideia de uma identidade masculina, e o do jardim secreto, do devaneio solitário, da parte de si que ela reservava. Durante esse período, Marguerite falou de sua "curiosidade sobre a alma masculina".

Aos 25 anos, ela se casou com um colega, René Anzieu, homem "totalmente avesso a tudo que houvesse de vaidoso, decorativo ou criativo", e que exibia o que Lacan descreveu como "equilíbrio moral e segurança prática". A influência de C. no casamento foi certa, porém interrompeu-se quando ela mesma foi designada para outra cidade. Por que a escolha de René como marido?, perguntou Lacan. "Se eu não o pegasse, outra pegaria", respondeu Marguerite. Esse período foi marcado por problemas: ela se tornou cada vez mais calada, às vezes durante semanas a fio, e passou a ser atormentada pelo ciúme. Tinha explosões bizarras de riso, conheceu a frigidez e lavava compulsivamente as mãos. Também leu muito durante essa fase. A situação sombria tornou-se ainda mais difícil quando sua irmã Élise, recém-enviuvada, mudou-se para a casa deles, uns oito meses depois – uma chegada que Lacan descreveria como tendo sido, "provavelmente, o acontecimento mais decisivo em sua vida".

Élise dava palpites em tudo e logo se tornou o membro dominante da família. Ressentia-se especialmente de sua maternidade frustrada. Já tinha feito uma histerectomia e sentia uma "necessidade profunda da maternidade", segundo sua irmã. Élise era "sempre contra" Marguerite, que se sentiu humilhada e privada do seu lugar, mas que, mesmo assim, enaltecia as qualidades e virtudes da irmã

mais velha. Ela foi literalmente suplantada, como mais tarde seu círculo viria a confirmar. Essa intromissão em sua casa foi particularmente interessante para Lacan: por que, indagou ele, a atitude dela foi tão aquiescente?

Mesmo que as circunstâncias pudessem fazer parecer que isso era necessário, Lacan ficou impressionado com a dificuldade, ou até a impossibilidade de Marguerite articular de forma aberta sua óbvia censura a Élise por ter invadido seu espaço. Ela pareceu simplesmente aceitar, negar suas reclamações e viver no que Lacan chamou de "luta surda" com a irmã. A arma mais poderosa de Élise, observou Lacan, era menos a sua própria autoridade do que os escrúpulos de sua irmã, e foi a combinação da luta de Marguerite com a autoridade de Élise – seu reconhecimento das qualidades da irmã e sua própria humilhação – que conferiu à sua psicose um caráter particular.

Aos 28 anos, Marguerite engravidou, e é nesse momento que encontramos o primeiro desencadeador geral do surto psicótico, embora possamos desconfiar que as coisas tivessem começado a ficar difíceis desde o casamento. Ela passou a acreditar que as pessoas a estavam caluniando, cochichando a seu respeito; os colegas de trabalho conspiravam contra ela, os transeuntes na rua faziam fofocas a seu respeito e os jornais continham alusões a ela. Esses fenômenos foram interpretados por Marguerite: "Eles querem que meu filho morra." "Se a criança não sobreviver", disse, "eles serão os responsáveis." Marguerite tinha pesadelos com caixões e, num desses episódios, rasgou os pneus da bicicleta de um colega, atirou um jarro d'água e um ferro no marido e o censurou por ter saído com outra pessoa. Ao evocar seu comportamento nesse período, ela se referiu a suas "melancolias".

Tragicamente, a filha de Marguerite nasceu morta, estrangulada pelo cordão umbilical. Foi nesse ponto que se cristalizou uma nova ideia delirante: C. de la N. era responsável pela morte da menina, e essa ex-amiga transformou-se numa perseguidora. Ocorre que C. havia telefonado não muito depois do parto, para saber como estava Marguerite, e esta interpretara o telefonema como um sinal. Este lhe parecera estranho na ocasião, pensou, mas agora entendia. Suspendeu de imediato a correspondência com C., atribuindo a culpa exclusivamente à mulher por quem antes fora tão fascinada. Também abandonou suas práticas religiosas. Foi precisamente nesse momento que a mãe de Marguerite passou a delirar, convencida de que a morte de um animal da fazenda ocorrera devido aos desejos maléficos de uma vizinha.

Aos trinta anos, Marguerite tornou a engravidar, ficando então deprimida, angustiada e dada a interpretações, e vendo intenções malignas no mundo que a cercava. Quando nasceu o menino, Didier, ela se dedicou ao filho, mas

continuou hostil e queixosa. Tinha a impressão de que tudo ameaçava a criança e, numa dada ocasião, fez uma cena com o motorista de um carro que havia passado muito perto do carrinho do bebê. Decorridos cinco meses, Élise assumiu o controle da família, deleitando-se com seu novo papel maternal. Tempos depois, diria a Lacan que havia encontrado consolo para seu estado estéril ao se tornar mãe do filho de Marguerite. Um pouco depois, René descobriu que sua mulher havia solicitado um passaporte para emigrar para os Estados Unidos.

Marguerite havia pedido demissão do emprego e começado a fazer planos para uma viagem aos Estados Unidos, a fim de tentar a sorte como romancista. Fez isso, segundo disse, pelo filho. As coisas foram piorando progressivamente e então, aos 32 anos, ela foi hospitalizada pela primeira vez. Durante essa primeira internação, que durou seis meses, teve a ideia de ser uma grande romancista e de seu filho se tornar embaixador. O hospital registrou que ela tivera alta "sem estar curada",[4] e suas ideias delirantes continuaram: as pessoas zombavam dela, insultavam-na e a acusavam de "moral baixa" e de ser "depravada". Marguerite convenceu-se de que "eles" queriam tirar-lhe o filho, embora o motivo e os detalhes não fossem claros. Sentiu-se perplexa com quem eram os seus inimigos e se acreditou fadada a um "destino superior", embora também isso continuasse impreciso.

Foi durante esse período difícil que recorreu a um certo escritor para denunciar a "injustiça" da hospitalização, que, segundo acreditava, fora feita para separá-la de seu filho. A ideia de um destino ou uma vocação continuou a preocupá-la, e decidiu que devia descobrir mais sobre o lugar especial que lhe fora reservado. Para isso, mudou-se para Paris, onde, depois de trabalhar duro no emprego, estudava, passava longas horas em bibliotecas, fazia suas provas, bebia muito café e fazia viagens regulares a sua casa para ver o filho, que continuara com seu marido e sua irmã. Foi nessa ocasião que o delírio começou realmente a tomar forma.

Marguerite soube que seria uma grande escritora, "denunciando os pecados dos artistas, poetas e jornalistas", que eram responsáveis pela guerra, pelos assassinatos e pela corrupção da moral. Escritores e artistas como Sarah Bernhard e Colette vinham corrompendo a sociedade, na busca de seus objetivos egoístas de glória e prazer. Ela denunciou "a despreocupação das mães frívolas" e se deu conta de que sua missão era criar uma "irmandade entre os povos e as raças", um "reino de mulheres e crianças" e do "fim da maldade", no qual "o amor da humanidade" floresceria. Todos se vestiriam de branco e não haveria mais guerras. Ela conseguiria isso através de seus textos, tornando-se uma "escritora e cientista" que disseminaria a pureza e a devoção. Daí adviria um

“reino de boa vontade”.[5]

O sistema delirante de Marguerite continha, portanto, tanto o tema da perseguição – seu filho estava sendo ameaçado – quanto o da grandeza – ela era o agente da reforma social. Neste ponto, devemos observar que Lacan se encontrava com Marguerite todos os dias e a entrevistava cuidadosamente, mas foi só depois de um ano que ela lhe revelou o conteúdo de seu delírio, certificando-se de que as cadeiras da sala fossem deslocadas, de modo a evitar o contato visual. Essa reticência com certeza deve incentivar a cautela nos diagnósticos psiquiátricos apressados, frequentemente feitos por meio de questionários e não de diálogos prolongados e detalhados. A maioria das pessoas delirantes simplesmente não revela seu sistema de crenças, e pode levar meses ou até anos de exploração cuidadosa para que isso seja descoberto.

Num ponto especialmente alto da lista de alvos de Marguerite situava-se Huguette Duflos, que ela acreditava vir trabalhando para Pierre Benoît, um autor famoso que havia exposto detalhes da vida íntima da paciente em seus livros. De auxiliar potencialmente benéfico, Benoît tinha se transformado numa figura mais ameaçadora, que não apenas aludia a Marguerite em seus textos, mas enviava espiões para plagiar o trabalho dela, copiando seus romances e cadernos de anotações inéditos. Ela acreditava inclusive na existência de um jornal inteiro, o *L’Oeuvre*, orientado especificamente contra ela. Não se sabe ao certo como fora estabelecido o vínculo entre Duflos e Benoît, mas a atriz havia desempenhado o papel de um dos personagens dele na adaptação cinematográfica de um de seus livros, à qual Marguerite havia assistido.

A ameaça vivenciada por Marguerite, nesse ponto, voltava-se menos diretamente contra ela do que contra seu filho. Se alguma coisa acontecesse com o menino, a culpa seria dela: ela seria uma “mãe criminosa”, por não ter detido os perseguidores a tempo. Lacan destacou a curiosa lógica de sua convicção: embora todas as ideias de perseguição de Marguerite se concentrassem na ameaça de danos a seu filho, na realidade, todas as vezes em que ele adoeceu ou correu algum risco, ela não pareceu particularmente preocupada. Em duas ocasiões, o menino pareceu estar com apendicite, mas ela se mostrou impassível. Isso sugeriria, na verdade, que o principal para Marguerite era a ideia de fazer mal a uma criança, e não a realidade empírica do dano causado a seu filho real, Didier, e é frequente encontrarmos esse traço curioso nos delírios. Para citar outro caso, uma mulher que se acreditava uma mãe com o dever de salvar os filhos ouvia uma voz que dizia: “Pense primeiro nas crianças, e ficará tudo bem com você.” No entanto, como ela observou: “Na verdade, eu pensava muito pouco nos meus próprios filhos.”[6] O delírio se estruturava no nível das

representações, das ideias, e não no dos personagens empíricos reais de sua vida.

Mas por que Duflos? Lacan fez essa pergunta a Marguerite mais de cem vezes. Sabia que, durante a amizade dela com C. de la N., esta última havia mencionado a atriz como sendo vizinha de sua tia, o que a situaria na esfera dos seres socialmente elevados que C. encarnava, de certa maneira. Mas por que uma ameaça proveniente dela? Finalmente pareceu emergir uma resposta. Um dia, no trabalho, quando Marguerite se perguntava de onde estariam vindo as ameaças a seu filho, ela ouviu alguém mencionar o nome de Duflos. E então compreendeu. Lembrou-se de que, em seu trabalho anterior, certa vez suas colegas de escritório haviam elogiado Duflos, e Marguerite tinha comentado que ela era uma "vagabunda". Devia ser vingança, reconheceu então. Além disso, no momento em que Marguerite chegou a Paris, Duflos estava em todos os jornais, envolvida num processo judicial referente a um contrato teatral. Ao ver isso, Marguerite sentiu raiva dessa importância dada à vida dos "artistas".

Pareceu-lhe então que Duflos estava zombando dela, ridicularizando-a em suas apresentações no palco, porém ela não conseguia acreditar que a atriz estivesse agindo sozinha: devia ter o "apoio" de alguém mais poderoso, e essa pessoa era ninguém menos do que Pierre Benoît, o homem a quem Marguerite havia apelado para que a salvasse e reconhecesse seu mérito literário. Apesar de não achar que os dois fossem amantes, ela imaginou um vínculo poderoso entre eles. Podemos observar que seu apelo tinha duas direções: em primeiro lugar, ia para Benoît, e depois, para o príncipe de Gales, a quem Marguerite enviava um soneto toda semana. Nutria um amor platônico por ele, que ocupava o lugar de uma autoridade benevolente. É curioso observar que o tema daquele que ajuda no delírio tem recebido muito menos atenção que o do perseguidor, talvez pelo fato de que, muitas vezes, o sujeito psicótico tem muito menos probabilidade de falar de seus protetores, por medo de pôr em perigo os efeitos benéficos e de amparo destes.[7]

Na verdade, o quarto de Marguerite era cheio de imagens do príncipe, que recebia um fluxo contínuo de cartas e poemas. Ela lhe solicitou que agisse como seu protetor, alertando o mundo para os perigos da corrupção. Esse tipo de reverência platônica foi muito bem descrito pelo psiquiatra Maurice Dide como algo que envolve uma fidelidade e dedicação prolongadas, mas sem nenhuma demanda de encontros ou de uma ligação sexual.[8] Esse sentimento fazia eco à adoração de três anos que Marguerite dedicara ao poeta vigarista, que se tornara "o único objeto de seus pensamentos", apesar do fato de ela não fazer qualquer esforço para tornar a vê-lo. Até pouco antes da agressão a Duflos, Marguerite não assinou suas cartas para o príncipe, e Lacan tomou o cuidado, nesse aspecto,

de estudar a cronologia de sua construção delirante.

Embora o delírio da ameaça a Didier tivesse sido elaborado no curso de um período de cinco anos, foi somente nos dois anos anteriores ao ataque que ela sentiu necessidade de "fazer alguma coisa". Para que cumprisse seu destino, não lhe bastava escrever romances: estes tinham de ser publicados, o que faria seus inimigos recuarem. Marguerite escreveu dois romances – *Le détracteur* [O detrator], com uma heroína chamada Aimée, e *Sauf votre respect* [A não ser por vosso respeito] –, mas o mundo editorial não lhe foi gentil. Alguns incidentes ocorridos durante esse período indicam o quanto esse projeto literário lhe era crucial. Uns seis meses antes do episódio de Duflos, ela foi denunciada à polícia por assediar um jornalista para conseguir publicar um artigo sobre Colette, e agrediu um funcionário da editora Gallimard depois que esta rejeitou um de seus manuscritos. Também fez uma série de queixas formais à polícia sobre Pierre Benoît. Ao longo de todo esse tempo, suas preocupações com a segurança do filho foram crescendo, e Marguerite tinha sonhos em que o menino se afogava, era assassinado ou sequestrado. Por último, ela enviou seus romances pelo correio ao príncipe de Gales, seu salvador supremo.

Seu pavor diante do que lhe parecia ser um atentado iminente contra a vida de seu filho foi ficando cada vez mais intenso. Se alguma coisa acontecesse com o menino, repetia, a culpa seria dela: "Eu seria uma mãe criminosa."[9] As nuvens de tempestade se aproximavam, dizia. Cartazes espalhados por Paris avisaram a Benoît que, se ele continuasse a ameaçá-la, seria castigado. Em março, Marguerite comprou um grande facão e resolveu confrontar sua inimiga cara a cara: "O que ela pensaria de mim", perguntou, "se eu não me dispusesse a defender meu filho?"

Marguerite atacou Duflos em abril de 1931, numa ocasião em que deveria estar visitando o filho. O vórtice persecutório parecia haver atingido sua intensidade mais aguda; no entanto, não muito depois de ser internada, seu delírio esvaziou-se. "Como posso ter acreditado numa coisa dessas?", perguntou, intrigada. Os temas da erotomania e da megalomania pareceram-lhe então absurdos. Como era possível, perguntou-se, haver acreditado em algum momento que Duflos queria feri-la? Mais uma vez, foi no momento exato da hospitalização da filha que a psicose da mãe de Marguerite entrou em surto: ela ficou convencida da malevolência dos vizinhos e de que eles eram responsáveis por todo o drama de Marguerite.

E COMO FOI que Lacan entendeu esse caso, em 1932? Além da ideia de uma nova

categoria diagnóstica, o interesse dele estava na cristalização do delírio. Em que momento exato cada elemento tinha sido acrescentado ou sistematizado? O que unia as ideias da paciente ou as questionava? De que modo ela reescrevera seu passado para torná-lo coerente com as ideias delirantes? Que fenômenos da memória estavam em ação? Por que, por exemplo, eram tão escassas as lembranças dos momentos em que os principais perseguidores haviam entrado nas crenças delirantes? Lacan fez um levantamento desses detalhes com um cuidado meticuloso.

Para ele, a chave etiológica estava na relação de Marguerite com a mãe e a irmã. A irmã havia assumido o lugar de mãe para ela, porém de um modo invasivo e insuportável. Ela é quem havia cuidado de Marguerite quando pequena e que, mais tarde, fora morar com ela, assumindo o controle da casa e do filho da irmã mais nova. Essa proximidade terrível não podia ser admitida na consciência de Marguerite, donde a tendência centrífuga de seu delírio: eram sempre outras pessoas, fora da família, que representavam a ameaça. Incapaz de verbalizar sua censura a Élise, essa censura lhe retornou no tema persecutório do delírio. O mecanismo que regia a loucura de Marguerite era a projeção: as ideias que não podiam ser toleradas passavam a ser tidas como provenientes de fora. O ataque dela a Élise transformou-se nos ataques dos perseguidores contra ela mesma.

Essa irmã poderosa representava a imagem da mulher que Marguerite não podia ser e que, literalmente, tomara o seu lugar. Depois de Élise ir morar com ela e René, Marguerite tinha dito que ela própria deveria ir embora, permitindo a René "construir sua vida com outra pessoa": com Élise, sem dúvida. Marguerite a detestava, mas, como afirmou Lacan, aspirava a ser ela, e essa fúria se manifestou em sua maneira gélida de elogiar Élise. Marguerite era incapaz de assumir subjetivamente seu ódio pela irmã que a havia suplantado. Élise era sua "inimiga mais íntima", no dizer de Lacan.

Escrevendo aproximadamente um ano após a publicação do caso, Lacan acrescentou: "A ambivalência afetiva em relação à irmã organizou todo o comportamento autopunitivo do caso Aimée. Se, durante seu delírio, Aimée transferiu para diversas figuras sucessivas as acusações de seu ódio amoroso, ela o fez no esforço de se libertar dessa primeira fixação; o esforço, entretanto, viria a fracassar: cada um de seus perseguidores, na realidade, não era nada menos que uma nova imagem – sempre inteiramente cativa de seu narcisismo – dessa irmã que nossa paciente havia transformado em seu ideal."[10]

O delírio, portanto, era uma forma de fuga de suas próprias tendências agressivas e homicidas, uma tentativa de se libertar dos grilhões de seu "ódio

amoroso". O que importava, segundo Lacan, era a própria distância entre ela e seus perseguidores. Aimée os escolhia bem: eles viviam num mundo separado do seu e inacessível a ela, e essa distância permitia uma certa "não realização" de seus impulsos. Assim, sua primeira perseguidora real, C. de la N., foi escolhida precisamente por sua diferença de "todas as outras moças": era especial, destacada, singular. Na impossibilidade de articular uma censura à irmã, Marguerite escolheu C. de la N. Em vez de culpar a irmã pela perda da filha, culpou C. Em algum nível, Élise tinha consciência disso, pois disse a Lacan que havia se preocupado com sua própria segurança. Embora Marguerite nunca a tivesse ameaçado ou a identificado como sua perseguidora, Élise sentia, intuitivamente, que o ataque da irmã voltava-se contra ela.

Em última instância, entretanto, esses perseguidores nada mais eram que projeções da imagem da própria Marguerite. Para além de seu ódio por Élise – e além dela, da mãe –, havia um amor homossexual por ambas. Marguerite era culpada da própria corrupção de que as acusava. Assim, a imagem que criou da mulher idealizada era a sua. Duflos representava o ideal de prestígio social e poder a que ela, Marguerite, aspirava. Ela imputava a corrupção a essas mulheres, mas queria a mesma fama para si, sonhando levar uma "*grande vie*" e influenciar o mundo. Com efeito, os poetas que julgava responsáveis pelos males do mundo eram chamados de "*les amateurs de la gloire*" ["os amantes da glória"], sendo que o termo "*amateurs*" era quase um anagrama de seu próprio nome, "Marguerite". Ao agredir Duflos, afirmou Lacan, ela estava agredindo a si mesma, a sua imagem ideal externalizada noutra mulher.

E por que a diminuição súbita do delírio, vinte dias depois do ataque? Teria sido pelo ato de agredir Duflos, ou, como afirmou Lacan, pela internação posterior? Imediatamente depois do ato, Marguerite continuou consumida pelo ódio e pela censura. Mas então, tudo simplesmente "despencou": a erotomania, a inveja, o tema da perseguição e o idealismo altruísta. Já não eram necessários, uma vez que Marguerite tornara real a sua punição: agora estava entre criminosos e delinquentes, e separada da família. Ela se deu conta, finalmente, de que havia atacado a si mesma, tornando-se culpada perante a lei. Muitos anos depois, em 1975, Lacan revisaria sua opinião, observando que a ideia de que o verdadeiro desejo dela era ser punida equivalia a "levar um pouquinho longe demais a lógica [do caso]".

Ainda que questionemos o conceito de paranoia autopunitiva, existe um problema crucial na interpretação de Lacan de 1932. Se Marguerite estava tão preocupada com a intromissão da irmã e o roubo do filho, por que seu delírio não se concentrou exatamente nisto: na ideia de que seus perseguidores queriam

lhe roubar Didier? Por que não houve uma ênfase nos esforços deles para levá-lo e para se livrar dela? Embora, em certa ocasião, Marguerite tenha tido a ideia de que a polícia secreta de Stalin ia levar seu filho embora, foi menos em torno da ideia do roubo que da ideia dos danos que seus pensamentos delirantes gravitaram.

Uma resposta provisória a esta pergunta aparece numa nota de rodapé do caso, na qual Lacan evoca um possível impulso homicida de Marguerite em relação ao filho. Isso explicaria, sugere ele, a tendência "centrífuga" do delírio e a fuga de Marguerite do menino. Também explicaria a característica do caso que tanto o havia intrigado: a "cura" repentina. É que, afinal, a prisão a teria ajudado a promover "a perda definitiva do filho".[11] Portanto, ela estava se castigando pelo crime do qual acusava sua perseguidora. Por outro lado, quando Lacan iniciou suas entrevistas com ela, depois do encarceramento, notou os temores da paciente quanto ao efeito de um possível divórcio, que significaria uma separação de Didier. A relegação dessas reflexões a uma nota de rodapé e o fato de Lacan não as ter desenvolvido nem um pouco, no texto principal, talvez atestem seu status problemático. Entretanto, de que outra maneira se poderia explicar o que parece ser uma grande "contradição" do material: a ameaça de que fizessem mal ao filho dela?

EM SUA ADMIRÁVEL leitura do caso e sua coleta de dados históricos, Jean Allouch propôs uma outra interpretação, que reúne muitos dos temas sobre os quais Lacan discorreu. Seu ponto de partida foi a coincidência entre os surtos psicóticos da mãe e da filha. Toda vez que a filha era hospitalizada com sinais visíveis de psicose, a loucura da mãe era precipitada: primeiro, após a perda da primeira filha de Marguerite, e segundo, após a agressão a Duflos. Lacan deu pouco valor a isso, e seu modo de posicionar a mãe foi curioso: ele presumiu que a fixação de Marguerite em Élise devia ser um deslocamento da mãe para a irmã, porém isso mal chegou a ser elaborado. Tem-se a impressão de que foi mais uma exigência da teoria freudiana que uma dedução clínica. No mínimo, entretanto, o entrelaçamento dos temas do pensamento delirante de ambas sugere que o lugar da mãe merece uma exploração maior.

Na exposição de Lacan, há vários detalhes que sugerem a importância da mãe nesse caso. Ao falar sobre o tema central de seu delírio – o mal causado a seu filho –, Marguerite nunca ficava chorosa; era apenas ao falar da mãe que seus olhos se enchiam de lágrimas. Ela chorou diante da ideia da separação da mãe – não do filho – e dizia, repetidamente: "Eu devia ter ficado perto dela." Lacan

observou que nada era mais crucial para ela que a ideia da “tristeza” de sua mãe, e nos textos que ele incluiu na tese um dos romances termina com uma descrição dos sentimentos de uma mãe quando da morte de seu filho. Esse material foi escrito nos meses que antecederam o ataque a Duflos e tinha sido um dos textos enviados por Marguerite ao príncipe de Gales. Outro texto, escrito ainda mais perto do ato, envolvia um pai ou a mãe chorando a morte de um filho. Marguerite também diria que seus melhores escritos tinham se inspirado na morte de sua amiga na adolescência, na época em que ela estava fazendo seus exames para a escola de formação de professores.[12]

Podemos lembrar aqui que a irmã mais velha de Marguerite tinha morrido aos cinco anos de idade, pouco mais de um ano e meio antes do seu próprio nascimento. Ela se aproximara demais da grelha da lareira e tinha morrido queimada, quer na frente da mãe (versão de Lacan), quer na ausência dela (versão de Didier Anzieu). O nome dessa menina era Marguerite, detalhe bizarramente ausente da exposição que Lacan fez do caso. Ao relermos o texto com Allouch, vemos que a presença da filha morta e da mãe culpada está em toda parte. No primeiro surto psicótico, os pensamentos paranoides de Marguerite giraram em torno da ideia de outras pessoas serem responsáveis, caso seu filho viesse a morrer. Na ocasião, ela jogou água e um ferro quente no marido. Ao ser multada por sua agressão posterior ao funcionário da editora, ela disse à família que tinha sido por ele haver provocado “um incêndio acidental”. Num de seus contos, ela descreve que “alertei [os animais] quando irrompeu o incêndio na floresta”.[13]

Ao longo de toda a construção delirante, há um filho em perigo e uma mãe culpada, e o delírio, com efeito, visa salvar uma criança. Essa é a sua lógica, inclusive na meta suprema de um mundo em que mães e filhos viveriam juntos, felizes e em paz. Allouch constatou que, nos autos originais do processo, Marguerite disse ao juiz que tinha uma filha, e não um filho, e usou o nome da mãe, Jeanne, em vez do seu.[14] Quando Lacan lhe perguntou por que o filho dela estava sendo ameaçado, ela respondeu uma única vez, dizendo num impulso: “Para me castigar.” “Mas por quê?”, perguntou Lacan. Porque ela era uma “mãe criminosa”. Tinha de enfrentar Duflos, caso contrário, seria uma “mãe covarde”. “O que ela pensaria de mim?” perguntou, “se eu não estivesse lá para defender meu filho?”

O fato de a saúde real do filho ser menos importante para ela do que a ideia de se fazer mal a uma criança era um eco disso. Foi como se a tragédia da mãe retornasse no delírio da filha. De fato, por ocasião do primeiro surto psicótico, a mãe de Marguerite culpou o vizinho pela morte de um animal da fazenda.

Portanto, o tema da morte e da responsabilidade convergem, como se a loucura da filha envolvesse uma mensagem para a mãe, exigindo que se assumisse a responsabilidade pela morte de sua xará. Para Allouch, a criança está ligada à presença da sexualidade: ela é o próprio sinal da relação sexual, e por isso Marguerite atacava a sexualidade nas outras mulheres. Afinal, suas ideias delirantes diziam respeito a mulheres "depravadas" e "dissolutas". E seu primeiro surto não ocorreu quando da chegada de Élise, mas durante sua gravidez, quando ela achou que as pessoas a estavam chamando de "depravada". Ao agredir Duflos, portanto, ela estava atacando não simplesmente a irmã, mas também a mãe. Um dia, depois de Lacan lhe perguntar pela centésima vez por que havia agredido Duflos, Marguerite respondeu: "Para fazê-la confessar" – como que para acentuar a própria dimensão de uma confissão que parece ter estado ausente na mãe: "*Je l'ai frappé pour la faire avouer*."[15]

Portanto, a corrupção e a depravação que Marguerite via em suas perseguidoras podem ser compreendidas de diversas maneiras. Praticar o sexo depois da morte de um filho talvez seja um crime que exige punição. Mas a ausência da mãe, no momento em que o vestido da primeira Marguerite pegou fogo, talvez também tenha sido interpretada como uma falha imperdoável, um ponto de ausência materna diante do qual giravam todos os significantes da "frivolidade", da "depravação" e da "maldade". Assim, através do delírio, teria havido uma tentativa de denominar a parte não simbolizável da mãe, que era capaz de deixar uma filha morrer, por seu "descaso". A frivolidade da mãe permitira a morte da filha, e assim, Marguerite se atribuiu a missão de erradicar a frivolidade nas mães.

O tema principal, portanto, concerne à responsabilidade materna pela morte de um filho. Neste ponto, podemos lembrar que, durante sua criação, Marguerite nunca fazia nada de errado: por mais travessa que fosse, a mãe continuava a amá-la. A escolha lacaniana do nome "Aimée" (Amada) para Marguerite talvez reflita a importância desse fardo. Afinal, como pode uma criança permanecer viva se, faça o que fizer, é como se não tivesse feito nada errado? Isso a desumaniza, como se ela fosse outra pessoa ou outra coisa. Em Marguerite, isso sugere a captura no peso da imagem da filha morta, uma atribuição enfatizada pela escolha de um nome idêntico. Ocupar esse lugar era intolerável para ela, como assinalou Allouch, donde o sentimento de perseguição – o que há de mais persecutório do que uma outra pessoa ser amada através de nós? – e de uma missão na vida: substituir a irmã morta.

A ideia de ser a substituta de uma filha que morrera queimada talvez tenha sido o parâmetro do espaço em que Marguerite cresceu, e ter um filho só fez

forçar a detonação dos temas delirantes. Quando Élise foi morar com a família, Lacan ficou surpreso com a facilidade com que Marguerite lhe cedeu tanto o filho quanto a casa, porém essa escolha faz mais sentido ao percebermos que, nesse processo, ela tanto estava dando à irmã o filho que esta não tivera quanto abdicando do lugar impossível de mãe. Assim como ela havia substituído o filho que faltava a Élise, ao lhe entregar o seu, mais tarde Élise pôde dizer a Marguerite que Didier era seu consolo: em outras palavras, seu filho substituto. Não teria sido isso que contribuiu para o desencadeamento do surto psicótico na primeira gravidez: seu reconhecimento inconsciente de estar gerando um filho para outra pessoa?

A loucura de Marguerite, para Allouch, representa a impossibilidade de ela ser destinada ao lugar da irmã morta, o que implicaria a negação da responsabilidade da mãe por essa morte. Aliás, cabe observar que, nessa família, todo filho nascia quase imediatamente após o anterior, sem permitir nenhum tempo para o luto pelos filhos mortos. A primeira Marguerite morreu em dezembro de 1890, e em seguida houve uma criança natimorta em agosto de 1891, antes do nascimento de Marguerite, em julho de 1892. Lacan datou erroneamente a morte da primeira filha, como se ela houvesse ocorrido durante o período em que a mãe estava grávida de Marguerite, e esse erro é significativo em si, sugerindo a importância que tinha para ela a tragédia de sua xará. A loucura almejava, em parte, uma revelação, uma confissão da mãe, ou, talvez, uma acusação pelo fato de a mãe não ter ficado de luto. O luto, aliás, parece só estar presente nesse caso como um ponto assintótico, para a mãe e a filha.

Esse movimento em direção a uma revelação está presente em todo o caso. Marguerite tem que denunciar a trama contra seu filho e a corrupção de mulheres como Duflos. O público e as autoridades precisam saber o que está acontecendo, e por isso ela recorre a políticos, editores e autoridades policiais e civis. No horizonte desses apelos há, para Allouch, um protesto: como pode uma mãe criminosa atrever-se a ter um filho? Assim, a psicose revela o que a mãe se recusou a reconhecer e, ao que parece, em certo nível, a mãe realmente recebeu a mensagem da filha, donde o momento de seus próprios surtos delirantes. Será que poderíamos inclusive considerar a “cura” depois do encarceramento, como indicou Allouch, menos como resultado da prisão do que como um efeito do surto da mãe, como se esta mostrasse à filha que ela fora ouvida?

NO HOSPITAL, ficamos sabendo que Marguerite tencionava escrever uma biografia de Joana (Jeanne) d’Arc e uma série de cartas de Ofélia para Hamlet.

“Jeanne”, é claro, era o nome da mãe dela, e *Hamlet* é uma peça em que uma mãe é culpada e seu filho se vê confrontado com o ônus de vingar a morte que ela desconhece. Infelizmente, não há mais detalhes sobre esses projetos literários, mas sabemos que Lacan a incentivava a escrever. Ele achava que a compreensão dos sentimentos infantis por Marguerite, seu entusiasmo pela natureza, seu platonismo romântico e seu idealismo social eram um motor de suas atividades criativas, e eram produzidos pela psicose. Marguerite tinha um “*jouissance quasi sensible que lui donnent les mots de sa langue*” e, com efeito, dizia-se “*une amoureuse des mots*”.[c16] A única coisa de que ela precisava, para que seu trabalho escrito tivesse sucesso, era a “ajuda social”, mas Lacan também observou que, à medida que o estado da paciente pareceu melhorar no Sainte-Anne, sua produção escrita piorou.

O estudo de Lacan é um documento clínico de espantosa riqueza, que nos convida a lê-lo com as ferramentas da biografia psicanalítica tradicional e com a teoria estrutural da psicose. Tomemos, por exemplo, a questão das gestações de Marguerite. Podemos aplicar a visão estrutural e presumir que elas teriam levantado a questão da paternidade. Na impossibilidade de simbolizá-la, o surto psicótico teria sido desencadeado. Ou então podemos supor que cada gestação tenha levantado para ela a questão das gestações de sua mãe e do que estas significavam, reavivando nela a acusação à mãe pelo mal causado a uma filha. Na verdade, não temos que escolher entre essas perspectivas – nem entre outras, aliás –, pois elas têm certa compatibilidade. Em Marguerite, o problema básico da simbolização, imediatizado pelas gestações, teria aberto o furo em que foi colocada a sua construção delirante.

Podemos assinalar aqui um detalhe curioso que une essas diferentes perspectivas. Uma das poucas histórias da infância de Marguerite dizia respeito à ocasião em que ela foi perseguida por um touro (*taureau*). Era comum os familiares evocarem sua desventura do dia em que, ao pegar um atalho num campo para alcançá-los, ela fora perseguida por esse animal assustador. Allouch chama atenção para a repetição de “*taureau*” no nome com que Marguerite batizou o poeta vigarista, “*poétereau*” [poetastro], e liga isso à figura do pai. Em seus sonhos, que mais tarde ela contou a Lacan, era frequente haver não apenas um touro, mas também uma víbora (*vipère*), palavra que contém o termo “*père*” (pai). Se ligarmos esses temas, veremos uma cadeia que liga o fonema “*eau*” ao pai.

Ora, o que encontramos em seus textos senão uma justaposição quase sistemática entre a imagem de uma criança morta ou ameaçada e a água? Toda vez que Marguerite menciona o tema da criança, vem em seguida uma descrição

da água (*eau*), quer na mesma frase, quer na frase seguinte. Assim, o significante "*eau*" e seus derivados, como "torrente", podem ser entendidos como um apelo ao pai e como uma evocação daquilo que apagaria o fogo. Em ambos os níveis, esse significante trata o desejo não refreado da mãe. Podemos até conjecturar que o projeto de Marguerite de fugir para os Estados Unidos envolveria uma elaboração da mesma lógica: afinal, significaria colocar água entre ela própria e seus familiares. Ao se formar como psicanalista, muitos anos depois, seu filho Didier ficou famoso por sua introdução do conceito de uma fronteira corporal inconsciente a que chamou de "eu pele". Embora isso tenha sido ligado à ideia dos cuidados superprotetores de sua mãe, será que não encontraríamos também no "*moi peau*" a "*eau*" que tivera tanta importância para ela?

O esforço de regular o desejo materno é significativo na própria "fixação" no trauma da morte da xará de Marguerite. Embora, em certo nível, possamos compreendê-lo em termos estritamente biográficos – o fardo depositado nela, a escolha do mesmo nome etc. –, existe a possibilidade de que a importância da morte da primeira Marguerite fosse, em si mesma, um modo de interpretar o desejo da mãe. Na ausência da significação fálica, talvez a imagem da filha morta tenha assumido seu lugar, de modo que, confrontada com a questão de entender os estados de ânimo e as condutas da mãe, Marguerite apelou para esse acontecimento indizível do passado, à guisa de explicação. Isso teria estabelecido a cena traumática como uma significação central e definidora, a ser ressuscitada nos momentos em que suas próprias gestações exigissem a injeção de algum tipo de sentido.

Este caso também nos mostra a importância que tem na psicose o lugar do destinatário. Grande parte dos esforços de Marguerite envolveu a criação de linhas de comunicação: com Pierre Benoît, com as editoras, com o príncipe de Gales e, depois, sem dúvida, com Lacan. O fato de o jovem psiquiatra visitá-la quase todos os dias após seu encarceramento, durante um ano e meio, deve ter sido significativo para ela, do mesmo modo que, mais tarde, o fato de Lacan lhe haver admitido que não conseguia encontrar os textos dela para devolvê-los deve ter surtido algum efeito. Manter um destinatário era vital para Marguerite, e, se examinarmos seus atos de violência, veremos que todos ocorreram nos momentos em que alguma coisa rompeu a linha de comunicação, em que o Outro deixou de receber as produções dela.

Com o tempo, Deus talvez tenha se tornado seu destinatário mais estável. Em 1975, já no fim da vida, ela observou que "a oração me salva de tudo" (*la prière me sauve de tout*). Mandava rezar missas pelas almas dos mortos e, um dia, confidenciou seu segredo a Didier: tinha se tornado "a eleita de Deus" (*l'élue de*

Dieu).[17] Além de evocar o sobrenome de solteira de sua mãe – Donnadieu –, será que isso também não sugere uma nova perspectiva sobre a erotomania, a categoria diagnóstica que em certa época gerou tantos debates na psiquiatria do continente europeu, e que foi usada para categorizar Marguerite? Embora o tema dominante da erotomania seja o amor – a convicção de que se é o objeto do amor de outrem –, acaso o tema da comunicação não é igualmente importante? Afinal, o sujeito na erotomania acredita não apenas no amor, mas no fato de que esse amor é comunicado, expressado a ele. Nesse sentido, há uma linha de comunicação que se estabelece no centro da experiência amorosa. E essa ideia de ser o destinatário da fala nos permite integrar a erotomania nas psicoses clássicas, sem que tenhamos de lhe dar um status especial.

Talvez os períodos de relativa estabilidade de Marguerite tenham resultado da manutenção da abertura dessa linha de comunicação: desde as cartas ao poeta vigarista até os artigos enviados a revistas e os sonetos remetidos ao príncipe de Gales. A própria atividade de escrever deve ter sido crucial, e podemos suspeitar que, para ela, esta se ligaria de algum modo à ideia de ocupar um lugar de exceção. Nos anos anteriores ao ataque a Duflos, Marguerite acreditava que viria a ser a escritora que mudaria tudo. Aliás, podemos imaginar que, depois do Sainte-Anne, ela tenha continuado a escrever cartas para algum interlocutor, quer localizado na família, quer em algum lugar fora dela.

Quando menina, do mesmo modo, Marguerite tinha sido a privilegiada, a especial; no entanto, se seus surtos psicóticos mostram que ser designada para o lugar da filha morta foi insuportável para ela, a posição de “eleita”, no fim de sua vida, ainda atesta um lugar excepcional. Agora ela era única, não para sua mãe, mas para Deus, e podemos nos indagar se esse espaço singular seria aquilo a que ela se referiu, no diálogo com Lacan, como seu “jardim secreto” – uma parte sua que ela preferia não compartilhar, mas que, mesmo assim, continuava a ser essencial para ela.

---

[c] Os dois trechos em francês dizem: “um gozo quase sensível, que lhe era proporcionado pelas palavras de sua língua” e “uma apaixonada pelas palavras”. (N.T.)

10. O Homem dos Lobos

Se em Aimée a psicose irrompia de forma visível e dramática em certos momentos da vida, deixando pouca ambiguidade quanto ao diagnóstico, o caso do Homem dos Lobos é mais complexo. Ele mostra que a loucura pode ser desencadeada e desaparecer, estabilizando-se de maneiras discretas e invisíveis. Sergei Pankejeff foi tratado por alguns dos maiores e mais competentes psiquiatras e psicanalistas do século XX: Theodor Ziehen, Emil Kraepelin, Sigmund Freud, Ruth Mack Brunswick, Muriel Gardiner e Kurt Eissler. No entanto, os diagnósticos que recebeu foram incrivelmente diferentes: neurastenia, neurose obsessiva, personalidade obsessivo-compulsiva e personalidade fronteiriça (*borderline*), para citar apenas alguns. Embora Freud o tenha tratado quando adulto, a discussão que publicou sobre ele limitou-se à infância de Pankejeff. Pouco antes de seu quarto aniversário, houvera uma mudança drástica no caráter do menino, e Freud intrigou-se com o que considerou uma neurose infantil. O que teria acontecido para transformar um menino inteligente e confiante num jovem neurótico, angustiado e obsessivo? Tal como para Lacan no estudo de Aimée, foi o momento da mudança que constituiu a indagação clínica fundamental.

Pankejeff tratou-se com Freud do começo de 1910 até o verão de 1914, e depois, novamente, do fim de 1919 até fevereiro de 1920. Mais tarde, na década de 1920, foi encaminhado para Ruth Mack Brunswick, uma brilhante discípula de Freud que o recebeu em análise. O paciente estava convencido de que tinha um buraco enorme no nariz, e olhava para sua imagem num espelho de bolso centenas de vezes por dia. Esse estado paranoide agudo piorou, melhorou e voltou a aparecer, cerca de trinta anos depois, num estranho episódio em que ele foi detido por soldados russos, após a guerra. Mais uma vez, foi um episódio de curta duração, mas Brunswick não teve dúvida quanto a seu diagnóstico. Enquanto Freud vira nisso os efeitos secundários de uma neurose obsessiva, para

Brunswick tratou-se de um caso claro de psicose, que ela diagnosticou como paranoia hipocondríaca.[1]

Ao ler o ensaio de Brunswick sobre o caso,[2] é difícil discordar, mas nenhum dos psicanalistas e psiquiatras posteriores que trataram de Pankejeff compartilhariam essa visão. Depois de Brunswick, Pankejeff iria consultar Muriel Gardiner, ela própria analisanda de Brunswick, e seu relacionamento duraria décadas. Gardiner, que o conheceu por 43 anos, não viu absolutamente sinal algum de psicose, como tampouco o viram as dezenas de outros clínicos tarimbados que o receberam no correr dos anos, até seu falecimento, em 1979, inclusive Kurt Eissler, que se encontrou com ele um mês por ano, ao longo de quinze anos. Pankejeff foi rotulado de obsessivo, narcisista, neurótico e até fronteiriço, mas não de psicótico, pelos que trabalharam com ele, com exceção de Brunswick. Entretanto, como veremos, uma vez que reconheçamos a distinção entre ser louco e enlouquecer, será possível conciliar essa contradição diagnóstica. O que terá permitido que ele levasse uma vida comum, trabalhando numa empresa de seguros em Viena, e que, depois do episódio russo, ao que saibamos, nunca mais tenha passado por um surto tão agudo de paranoia?

FREUD ENCONTROU-SE com Pankejeff pela primeira vez quando o jovem aristocrata russo chegou a Viena, depois de já haver consultado muitos dos grandes nomes psiquiátricos da época e passado vários meses em diferentes sanatórios alemães. Era totalmente dependente de outras pessoas, incapaz de se vestir sozinho – detalhe que veio a contestar, mais tarde – ou sequer de ir ao banheiro, ficando na dependência dos enemas aplicados por um criado. Além de sofrer com distúrbios intestinais, sentia-se separado do mundo por um véu, que só era periodicamente perfurado pelas lavagens que ele recebia para aliviar sua constipação. Depois da primeira sessão, Pankejeff teve a franqueza de dizer a Freud que considerava seu analista um trapaceiro judeu e que gostaria de se servir dele por trás e de defecar em sua cabeça.[3]

Freud interessou-se pela questão da infância de Sergei e rastreou uma sequência de acontecimentos e seus efeitos na vida do paciente, no relato de caso que viria a publicar cerca de quatro anos depois, em 1918. A importância do trabalho de Freud reside sobretudo na maneira pela qual ele complicou a teoria do trauma. Desenvolvendo suas próprias ideias a partir da década de 1890, ele afirmou que uma cena traumática podia ter efeitos retardados, só vindo a se tornar traumática ao ser reinterpretada, às vezes anos depois do acontecimento. Assistir a um ato sexual, por exemplo, podia não ter grande efeito na ocasião do

evento mas de repente, mais tarde, quando a pessoa ouve falar de sexo, vir a se tornar retroativamente traumático e começar a gerar sintomas.

Foi essencialmente essa a tese de Freud nesse caso, e ele a elaborou mediante uma exploração detalhada da infância do paciente. Pankejeff nasceu numa família russa aristocrática e abastada, em 1886, dois anos depois de sua irmã, Anna. O âmnio, ou "capuz da sorte", com que ele havia nascido deu-lhe um lugar especial de "bebê afortunado", e ele sobreviveu à pneumonia e à malária em seu primeiro ano de vida. Seu pai era um juiz distrital que sofria de acessos agudos de depressão e também de mania, talvez, e sua mãe, uma mulher fria, reservada e hipocondríaca, com um senso de humor negro, sofria constantemente de distúrbios abdominais. Ele se lembrava da mãe lamentando-se com o médico: "Não posso continuar a viver assim" – palavras que ele aplicaria a si mesmo, tempos depois. Com a ausência frequente do pai e as indisposições da mãe, as babás e enfermeiras desempenharam um papel especialmente importante para Pankejeff e Anna. Gruscha foi a primeira babá querida, seguida por Nanya, e ambas desempenharam papéis significativos na história de Pankejeff.

Ele parecia ter sido um menino bem-humorado e tranquilo, até ocorrer uma transformação, num dado verão, quando seus pais voltaram de férias, depois de o deixarem aos cuidados de uma governanta inglesa. O menino de três anos e meio tornou-se então mal-humorado, irritadiço e violento, querendo ser castigado pelo pai. Pankejeff datou essa mudança do Natal daquele ano, quando não lhe deram um número duplicado de presentes, ao qual ele tinha direito já que seu aniversário era justamente no dia de Natal. Ficou apavorado com a imagem de um lobo num livro infantil, gritando que o animal ia devorá-lo. Isso foi acompanhado por vários pavores de animais e insetos, e o menino também desenvolveu uma devoção obsessiva. Antes de dormir, tinha que beijar todas as imagens religiosas de seu quarto, depois de rezar e fazer o sinal da cruz inúmeras vezes. Ao mesmo tempo, sua mente era invadida por blasfêmias, e essa combinação de ideias positivas e negativas levou Freud, naturalmente, a postular uma estrutura obsessiva.

Esses rituais obsessivos foram alimentados pelas histórias bíblicas que a mãe começou a ler para ele. Sergei remoía ideias sobre a relação de Deus com Cristo e sobre a questão de Cristo ter ou não um "traseiro" e defecar. Quem era o pai de Cristo?, ele se perguntava. Parecia ser José, mas tinham lhe dito que José era apenas "semelhante" a um pai. Essas ruminações eram construídas em torno de sua própria identificação com Cristo, com quem ele compartilhava o aniversário, e continham uma censura a Deus por sua severidade e sua crueldade para com o filho.

A fase obsessiva atenuou-se quando, estando Pankejeff com dez anos, *Herr* Reidel, um erudito austríaco, chegou à propriedade da família, e o menino começou a passar boa parte do tempo com essa figura nova e influente. Sua devoção diminuiu depois que Reidel compartilhou com ele as dúvidas que tinha sobre a religião. Estas ecoaram de forma tão precisa as dúvidas do próprio Pankejeff, que ele experimentou um profundo alívio e se sentiu capaz de abandonar as preocupações religiosas. Com Reidel, desenvolveu um interesse por assuntos militares, uniformes, armas e cavalos, e passou a tecer seus devaneios em torno desses novos temas. Freud considerou que os anos posteriores da adolescência foram mais ou menos isentos de problemas para Pankejeff, e que os novos interesses permitiram uma sublimação dos temas que antes o haviam atormentado. Ele também mergulhou na literatura, lendo os romancistas e poetas russos, e na pintura, que julgou preencher o "vazio" criado pela perda da devoção religiosa.

Aos dezessete anos, entretanto, Pankejeff sofreu uma crise nervosa, aparentemente acarretada por haver contraído gonorreia. Esse golpe em seu narcisismo foi demais para ele, que "ficou despedaçado". Perdeu a convicção de ser favorecido pelo destino, de ser a "criança afortunada" que tinha nascido envolta no âmnio. Dois anos depois, sua irmã suicidou-se, ingerindo mercúrio. Anna tinha sido uma figura importante para Sergei. Meio masculina na infância, havia brilhado academicamente nas ciências e na literatura ficcional. Parece ter sido idealizada pelo pai, e Pankejeff competia com ela, oprimido, segundo o comentário de Freud, "por uma implacável demonstração de superioridade da irmã".[4] Na adolescência, os dois tinham se aproximado mais, porém ela havia rejeitado uma investida sexual do irmão. Foi nesse momento que ele se voltou para uma camponesa que trabalhava em sua casa, e que tinha o mesmo nome de sua irmã. O lugar especial que Anna ocupava para o pai talvez tenha lhe cobrado um tributo: no período que antecedeu sua morte, as dúvidas referentes à sua imagem corporal a fizeram retrair-se da sociedade.

Depois do suicídio, o pai começou a demonstrar uma nova afeição por Pankejeff: "Tomou-se do mais vivo interesse por tudo que eu estava fazendo ou planejando fazer, e queria ser meu orientador e protetor em tudo." Ficou claro, escreveu ele, que o pai "tinha transferido para mim os seus sentimentos por Anna". E isso, é claro, só piorou as coisas. Pankejeff atravessou a "mais profunda depressão", com ideias de suicídio. Passou então do direito para as ciências naturais, imitando Anna – na opinião dele e de Freud –, que fora apaixonada por esse assunto. Também importante, nesse ponto, foi a influência de um antigo tutor, que se mostrara decepcionado por Pankejeff haver escolhido

o direito, e não a matemática ou as ciências naturais. Mais tarde, ele voltaria ao direito, após um período de indecisão obsessiva.

À medida que suas depressões continuavam e os estudos se revelavam difíceis, Pankejeff foi levado a consultar uma variedade de médicos e a se internar em diversos sanatórios. Foi no estabelecimento de Kraepelin, em Munique, durante um baile à fantasia, que pela primeira vez avistou Therese, uma enfermeira vestida num traje turco. Sua beleza e seu ar sério impressionaram Pankejeff, que não tardou a dispor de outras informações sobre ela: a moça tinha uma filha de um casamento desfeito e sua mãe era espanhola, detalhe que o intrigou especialmente. Declarando seu amor, ele a cortejou, apesar da insistência de Therese em que vivia apenas para a filha e para o trabalho de enfermeira. Os afastamentos dela e seus retornos ao relacionamento criaram um ritmo de tristeza e euforia que confirmou, comicamente, um dos diagnósticos de depressão maníaca formulados pelo psiquiatra.

Menos de um ano depois, no verão de 1908, Pankejeff recebeu a notícia de que seu pai havia morrido, provavelmente por suicídio, aos 49 anos de idade. São poucas as informações sobre esse acontecimento, e tudo o que realmente sabemos é que o rapaz tomou-se de animosidade para com a mãe, pela falta de clareza dela no tocante ao testamento, e recomeçou a pintar. Pouco depois, regressou a Munique, aparentemente para consultar Kraepelin, mas, na verdade, como ele mesmo admitiu, para ver Therese. Pankejeff era torturado por ela, e o ano e meio seguinte caracterizou-se por seus movimentos de aproximação e afastamento daquilo que sua mãe chamou de “uma mulher com quem homem algum poderia se entender”.[5] Pankejeff renunciava a ela e era atraído de volta, numa oscilação dolorosa e aparentemente interminável. Torturado pela questão de dever casar-se com ela ou deixá-la, “passei então a considerar minha situação absolutamente sem esperança. Não havia saída.”

Foi nessa ocasião, graças a um jovem médico russo que se interessava pela psicanálise, que ele veio a conhecer Freud. Ao contrário de todas as outras autoridades, Freud não se opôs a Therese e, na verdade, incentivou o paciente a voltar para ela, embora lhe pedisse para esperar até que a análise houvesse prosseguido por alguns meses. Quando enfim voltou a vê-la, Pankejeff ficou chocado: desde a ocasião em que abandonara o trabalho de enfermeira e abrira uma pensão, Therese parecia terrivelmente acabada, como um “esqueleto”. Na mesma hora, Pankejeff achou que o sofrimento dela devia ter sido causado por ele: “Naquele momento, decidi nunca mais deixar essa mulher, a quem eu havia causado tão terrível sofrimento.”

A construção cuidadosa de Freud concentrou-se na neurose infantil. Não fez

nenhuma descrição real da análise de Pankejeff com ele, mas usou o material para explorar a questão da mudança de caráter do paciente na infância. Aqui, o grande problema conceitual era o trauma e o modo como este podia ser revivido e reinterpretado numa data posterior. Freud também mostrou que linhas de pensamento díspares e até contraditórias podiam coexistir lado a lado no inconsciente. O relato da infância do Homem dos Lobos nem sempre é fácil de acompanhar, mas precisamos esboçar as ideias principais antes de passarmos à questão do diagnóstico.

Freud postulou uma "cena primária" de coito parental, à qual Pankejeff teria assistido quando tinha um ano e meio, embora essa data se modifique ligeiramente ao longo da narrativa do caso. Uma tarde, Pankejeff acorda e vê seus pais praticarem três vezes o *coitus a tergo* ("por trás"). Aproximadamente um ano depois, vê sua criada Gruscha ajoelhada no chão, fazendo a limpeza, e isso ressuscita a lembrança da posição de sua mãe na cena primária. Estabelece-se então o protótipo dos seus amores "compulsivos": uma jovem não apenas de quatro – seguindo a cena primária –, mas também da condição social das criadas. Excitado, o menino urina e é repreendido por ela com uma ameaça.

Nesse ponto, a posição de Pankejeff é ativa, porém uma sedução por parte de sua irmã, Anna, quando ele conta três anos e um quarto, ou três anos e meio, modifica isso. A menina brinca com o pênis dele, "ao mesmo tempo que lhe conta histórias incompreensíveis" sobre sua Nanya. A governanta inglesa, que viria a chegar não muito depois disso, tornou-se o alvo das censuras de Pankejeff à irmã pela sedução dela, na qual a posição do menino não foi ativa, mas passiva. Embora ele houvesse adotado essa posição, tornou-se então sádico e mal-humorado. Passados uns dois meses, voltou suas investidas para sua querida Nanya, brincando com o pênis na presença dela, que, infelizmente, também o rejeitou. Nanya lhe disse que esse hábito dele não era bom e que as crianças que se masturbavam ficavam com uma "ferida" naquele lugar.

Assim, o desejo de ter o pênis tocado por ela esbarrou na ameaça de castração feita por Nanya, e foi nesse momento que entrou em colapso o que Freud chamou de "organização genital" de Pankejeff. Ele não conseguiu processar essa ideia assustadora de uma ferida, e a "rejeitou". Os órgãos genitais femininos transformaram-se num "bumbum da frente", mas essa operação psíquica não solucionou os problemas do menino. Ele continuou preocupado com ideias de castração, apesar da aparente ausência de pavor. Com seus temores concentrados na diferença sexual anatômica, ele foi lançado de volta para suas pulsões sadicoanais, tornando-se irritadiço e agressivo.

De que modo Freud explica a mudança da postura travessa e de desafio para a

devoção obsessiva? O principal momento decisivo veio pouco antes do quarto aniversário do menino. Foi então que Pankejeff teve o sonho dos lobos que lhe daria seu nome analítico. “Sonhei que era noite, e eu estava deitado na cama. De repente, a janela se abriu sozinha, e fiquei apavorado ao ver uns lobos brancos sentados na grande nogueira em frente a ela. Eram seis ou sete. Os lobos eram muito brancos e mais pareciam raposas ou cães pastores, porque tinham caudas grandes, como as das raposas, e as orelhas espetadas, como as dos cães quando prestam atenção. Com grande pavor, evidentemente, de ser devorado pelos lobos, soltei um grito e acordei.”

Os dois aspectos do sonho que mais o obcecaram foram o silêncio e a imobilidade absolutos dos lobos e a atenção tensa com que o fitavam. A complexa e detalhada análise freudiana desse sonho, ajudada pelas muitas variações deste que emergiram durante o processo psicanalítico, produziu uma interpretação: a de que o sonho indicava uma cena sexual primária, na qual os olhos do paciente tinham se aberto – a janela que se escancara de repente –, seguida por sua própria atenção tensa para alguma coisa que ele via. Tratava-se da cena do *coitus a tergo* entre seus pais. Considerando-se que, nesse momento, ele estava numa fase do desenvolvimento sexual em que seu objeto era o pai, a lembrança por trás do sonho teria se tornado especialmente traumática, pois dava uma imagem daquilo em que consistiria a satisfação sexual do pai. O sonho lhe deixou clara a existência da castração que ele havia rejeitado: para ser o objeto sexual do pai, ele teria que ser mulher. Esse choque produziu a mudança subsequente em seu comportamento.

A ânsia de obter satisfação com o pai significaria a castração, mas isso era inaceitável, em função do apego do menino a seu pênis. Sendo assim, o medo do pai tornou-se proeminente. Mas a “primazia” de seus órgãos genitais não ocorreu realmente para Pankejeff: não era possível o menino entrar numa orientação plenamente fálica. Não queria perder o pênis, mas a ideia da diferença sexual ainda lhe era demais. Assim, como muitos meninos, ele optou preferencialmente pelo ânus, em vez da vagina, já que este podia coexistir lado a lado com o medo da castração. “Na verdade, isso não envolveu nenhum julgamento sobre a questão da existência da castração, mas foi como se ela não existisse.” Portanto, o resultado do sonho foi menos uma vitória de uma corrente masculina do que uma reação a uma corrente feminina e passiva. Freud afirmou que o Homem dos Lobos não conseguiu chegar a uma posição plenamente masculina, e disse que qualquer masculinidade que ele possuísse consistia apenas na angústia diante da ameaça de ficar no lugar feminino passivo.[6]

Portanto, Pankejeff confrontou-se com um dilema para cuja resolução lhe

faltavam as ferramentas: ele queria ser o objeto do pai, mas não conseguia aceitar o preço que isso implicava. E foi nesse ponto que a fobia aos lobos assumiu sua significação. Ao criar um pavor da imagem da fera selvagem, ele pôde se defender de ser o objeto sexual do pai. O medo, nesse caso, funcionou como uma barreira, estabelecendo uma distância da proximidade temida, mas desejada, do pai. Quando a mãe, nesse momento, começou a apresentá-lo às histórias bíblicas, a fobia pôde transformar-se num sistema obsessivo: a devoção pôde absorver o medo presente na fobia e proporcionar novos caminhos para processá-la. Pankejeff era Cristo para o Deus de seu pai, o que permitiu uma expressão de amor e de passividade masoquista, bem como um questionamento dos temas da sexualidade e da violência que tanto o haviam atormentado.

A questão da castração foi explorada por Freud com especial referência a uma cena ocorrida durante esse período. Algum tempo depois de ouvir a história de uma parenta que nascera com seis dedos no pé, e tivera um deles decepado por um machado, Sergei estava brincando no jardim, perto da babá, desenhando na casca do tronco de uma nogueira com seu canivete. “De repente, para meu indizível horror, notei que eu havia cortado de um lado a outro o dedo mínimo da mão (direita ou esquerda?), que ficara pendurado pela pele. Não senti dor, mas um pavor imenso. Não me arrisquei a dizer nada a minha babá, que estava a poucos passos de distância e, em vez disso, afundei no banco mais próximo e lá fiquei sentado, incapaz de lançar outro olhar para o dedo. Por fim, acalmei-me, olhei para o dedo e vi que ele estava inteiramente intacto.”[7] Embora esse episódio possa sugerir um reconhecimento da ideia de castração, com a história da parenta indicando que as mulheres não tinham pênis porque este fora decepado, a corrente mais profunda, para Freud, foracluiu inteiramente a castração. Num dado nível, Pankejeff abominava essa ideia ao mesmo tempo em que a aceitava, mas, em outro nível, “o mais antigo e mais profundo”, sequer “levantava a questão da realidade da castração”. Não integrada em seu universo mental, ela literalmente retornou de fora na alucinação.

Essas hipóteses permitiram a Freud explicar a função das primeiras dificuldades de seu paciente. Toda a neurose infantil tinha sido sua tentativa de “dar uma resposta decisiva” à questão da cena primária. Tivera a ver com descobrir uma interpretação e se decidir por ela. A cena sexual recebeu uma interpretação anal – o buraco em que o pênis entrava era a abertura anal –, e, em seguida, quando foi forçado a enfrentar a questão da vagina, resolveu ficar com a teoria anal. Optou pelo intestino, em vez da vagina, e, segundo afirmou Freud, rejeitou a ideia de castração.

A questão da realidade da cena primária tem dividido os comentaristas desde a

publicação do estudo. Talvez de modo surpreendente, foram necessários mais de cinquenta anos para alguém notar que o *coitus a tergo* dificilmente permitiria a uma criança, no berço, uma visão cristalina da anatomia de uma mulher, e que, mesmo que atribuamos uma energia maníaca ao pai, três cópulas num espaço de tempo tão curto continuam a ser implausíveis. Por outro lado, é interessante notar que a primeira coisa que Pankejeff nos conta, em sua autobiografia, é uma lembrança de "espiar por uma fresta numa cerca", para ver uma feira russa e observar os ciganos, "gesticulando loucamente, e todos gritando muito, ao mesmo tempo".[8] "A cena", acrescentou ele, "criou uma impressão de confusão indescritível." Dado o lugar dessa imagem, no início de seu livro de memórias, seria difícil não vê-la como uma lembrança encobridora.

Terminada a análise com Freud, em 1914, Pankejeff e Therese se casaram e se mudaram para a Rússia, até que a Revolução os obrigou a deixar o país, cerca de quatro anos depois. Instalado em Viena, mas agora sem um centavo, Pankejeff recebeu ajuda financeira de Freud, que durante seis anos organizou uma coleta de fundos anual para ele, e depois arranjou emprego numa companhia de seguros, na qual permaneceu até se aposentar, em 1950. Uma constipação não resolvida levou-o de volta ao consultório de Freud, entre novembro de 1919 e fevereiro de 1920, e Helene Deutsch recordou-se, em sua autobiografia, de ter sido forçada a desistir de seu horário analítico para permitir que o Homem dos Lobos se consultasse com Freud. Curiosamente, a coleta anual teve início na época em que terminou a segunda análise, estabelecendo uma simetria bastante freudiana: a constipação – teorizada como a retenção de uma dádiva – foi seguida pelo recebimento de dinheiro, equiparado por Freud, em outro texto, ao excremento – como se o sintoma do paciente se invertesse, depois de ele deixar a análise.

Pankejeff voltou a sentir um mal-estar em 1923, obcecado com uma mancha no nariz, não muito depois de sua mãe chegar a Viena, exibindo, ela própria, uma verruga no nariz. Essa verruga, segundo ela lhe disse, tinha o "hábito curioso de ir e vir", e a mãe já havia consultado vários médicos a esse respeito. Pankejeff desenvolveu uma fixação hipocondríaca em seu nariz, apavorado com um defeito na pele, sob a forma de uma cicatriz, um sulco ou um buraco. Em outubro de 1926, foi encaminhado por Freud a Brunswick. Esta contava apenas 26 anos na época, e estava em análise e em supervisão com Freud. Brunswick observou que "não havia absolutamente nada visível no nariz, pequeno, arrebitado e tipicamente russo, do paciente". No entanto, ele o empoava continuamente, depois o examinava e retirava o pó, na tentativa de "flagrar o buraco, por assim dizer, em seu momento de crescimento e desenvolvimento".

Será que o buraco cicatrizaria?, ele se perguntava sem parar. “Não posso continuar a viver assim”, repetia. Sua vida centrava-se no espelhinho que sempre carregava no bolso, como se seu destino dependesse dele.[9]

Pankejeff não tardaria a acrescentar os dentes a suas preocupações hipocondríacas, indo de um dentista para outro, tal como passou a ir também de um dermatologista a outro e como, na época em que estivera com Freud, tinha passado de um alfaiate para outro, nunca satisfeito com o resultado. Ligou seu sintoma a sua irmã, que havia sofrido com espinhas, e explicou que as lembranças dela tinham sido reavivadas por um filme recente, *A irmã branca*, estrelado por Lilian Gish. Embora o filme não contenha qualquer referência a manchas ou verrugas, ele envolve uma irmã que teve uma herança roubada e começa, curiosamente, por uma imagem inexplicável de uma árvore desfolhada, de notável semelhança com a desenhada por Pankejeff para ilustrar seu famoso sonho. Quanto à questão dermatológica, Anna havia reclamado de que seu nariz era vermelho, e os irmãos também costumavam fazer uma brincadeira, quando crianças, que girava em torno da palavra “esanesor” – a grafia de trás para a frente de “*rose nase*”, nariz vermelho. E, do mesmo modo que agora Pankejeff se preocupava com seus dentes, os dentes de Anna tinham sido desgastados pelo mercúrio que ela tomou em seu suicídio.

Brunswick descreveu a doença atual do paciente como “um resto não resolvido da transferência” para Freud, e observou que não havia “nenhum material novo”. Na verdade, essa análise foi supervisionada por Freud, o que criou um triângulo peculiar: ela falava de seu trabalho com o ex-analista de seu paciente, que, por acaso, era também seu próprio analista. Em matéria de estratégia clínica, Brunswick foi inequívoca: contestava sistematicamente a convicção de Pankejeff de que ele ocupava um lugar especial para Freud. O resultado, como ela reconheceu, não foi uma cura, mas uma exacerbação da paranoia do paciente.

Após o tratamento com ela, Pankejeff consultou-se com Muriel Gardiner, que por sua vez era paciente de Brunswick, numa série de conversas que se estenderam por muitos anos. Não foi propriamente uma análise, mas Gardiner punha-se à disposição dele como uma destinatária privilegiada da fala, e frequentemente o ajudava em questões de ordem prática. Assim, a vida prosseguiu em seu “curso normal”,[10] sem “nenhum evento extraordinário”, até sobrevir a desgraça de 1938. Depois que as tropas de Hitler entraram em Viena, com suas economias da vida inteira drasticamente desvalorizadas e temendo ter que entregar toda a sua árvore genealógica aos novos poderes estabelecidos, Therese cometeu suicídio. Pankejeff havia perdido “a única estrutura estável” de

sua vida. Alguns encontros com Brunswick, em Paris e Londres, ajudaram-no a não desistir, e, pouco depois, a mãe dele, que estivera morando em Praga, mudou-se para o apartamento de Viena com o filho. Lá permaneceria até sua morte, cerca de dezesseis anos depois.

Enfrentar o suicídio da esposa foi particularmente difícil, mas não houve nenhuma irrupção conjunta da paranoia até agosto de 1951. Pankejeff perdeu-se na zona russa da cidade, onde tinha ido pintar uma paisagem. Detido por soldados russos por uns dois dias, acabou sendo liberado e instruído a voltar com seus outros quadros. As semanas seguintes foram um pesadelo para ele, que teve a impressão de que sua realidade estava desmoronando: devia ou não se arriscar a voltar? Quando efetivamente o fez, os russos não se mostraram nem um pouco interessados, e ele foi despachado de volta para sua vida cotidiana.

Durante os anos posteriores, Pankejeff costumava queixar-se de situações impossíveis com as mulheres, discutindo seus problemas "com qualquer pessoa a quem pudesse em algum sentido chamar de amigo, e com vários psiquiatras e psicólogos". Deu continuidade a um relacionamento com uma mulher, Luise, durante décadas – uma relação cheia de culpa, ambivalência e dúvida. Propôs-lhe casamento e retirou a proposta dois dias depois, mas manteve com ela uma batalha de amor e ódio por trinta anos, reclamando incessantemente: "Não posso continuar a viver assim." A própria Luise lhe fazia queixas intermináveis de suas doenças, acrescentando a censura de que, por não se casar com ela, ele a estava privando da assistência médica fornecida pelo Estado e da parte da pensão dele que lhe cabia. Para Gardiner, ficou claro que esse pesadelo era necessário a Pankejeff. A única mulher poupada de suas dúvidas e sua ambivalência era uma vizinha idosa, Tini, que se tornou uma espécie de empregada doméstica e manifestava um amor dedicado e maternal por ele.[11]

Continuando a levar uma vida relativamente normal e inconspícua, Pankejeff era visitado por analistas ansiosos por testarem suas teorias ou por se certificarem de que ele estava bem. Kurt Eissler costumava passar algum tempo com ele todos os verões, e Pankejeff consultava com regularidade um psiquiatra vienense, Wilhelm Solms, que havia se interessado por seu caso. No começo da década de 1970, após a publicação de suas memórias, ele foi localizado pela jornalista Karin Obholzer, que posteriormente compôs um livro com as conversas gravadas entre os dois. Obholzer mostrou-se muito cética quanto aos benefícios da psicanálise para ele e observou que, vez por outra, Pankejeff atendia ao telefone dizendo "aqui fala o Homem dos Lobos", assim como assinava seus quadros como "Homem dos Lobos".

Hospitalizado após um ataque cardíaco no verão de 1977, ele se transferiu

para o Hospital Psiquiátrico de Viena, não por razões “psiquiátricas”, mas porque Solms, que o conhecia bem, achou que lá ele ficaria mais à vontade. Pankejeff morreu em maio de 1979, aos 92 anos de idade. Há 180 horas de conversas gravadas com ele na Biblioteca do Congresso e trinta caixas, que incluem a correspondência entre ele e Freud, além de um segundo artigo de Brunswick que será publicado dentro de alguns anos.

PARA EXAMINAR A QUESTÃO do diagnóstico, podemos voltar-nos, em primeiro lugar, para os fenômenos obsessivos da infância e da vida posterior de Pankejeff. Freud os ligou à sua fase religiosa. Pankejeff rezava muito, tocava em imagens sagradas e usava claramente a religião para organizar seu mundo. Assim como viria a ser atormentado pela dúvida nessa época, ruminando ideias e se questionando, num perpétuo e exaustivo diálogo interno, muitos anos depois pensaria em Therese da mesma forma: devia ou não procurá-la? Devia ou não desistir dela? Outras escolhas gerariam uma procrastinação similar: devia estudar direito ou ciências naturais? Devia ou não voltar ao mesmo alfaiate, dentista ou dermatologista? Esses são traços obsessivos clássicos, como o era a preocupação com o que Freud chamava de “desacontecimento”: preocupado com a forma pela qual deveria concluir uma carta, Pankejeff a punha no correio, lamentava tê-lo feito e queria desacontecer seu ato.[12]

Embora possamos encontrar todos esses traços numa neurose obsessiva, o quadro clínico mais amplo e mais detalhado sugere que eles fazem parte de algo diferente. Devemos recordar aqui que os traços desse tipo nunca são critérios definitivos para estabelecer o diagnóstico, uma vez que o importante é a estrutura subjacente. Podemos estudá-la não pela classificação dos traços, mas pela exploração do lugar que estes ocupam no mundo da pessoa. Embora Freud não pareça questionar o diagnóstico da obsessão, ele efetivamente expressa uma dúvida isolada: por que Pankejeff não demonstrou uma reação evidente ao suicídio da irmã?[13] Ao tomar conhecimento da notícia, escreveu Freud, “ele mal chegou a sentir algum vestígio de tristeza. Teve de se obrigar a exibir sinais de pesar, e pôde rejubilar-se com muita frieza por ter se tornado o único herdeiro dos bens.” Talvez como resposta a Freud, as memórias de Pankejeff contêm uma longa seção intitulada, precisamente, “Luto Inconsciente”.

Como quer que entendamos a evidente falta de emoção de Pankejeff ao descrever a morte de Anna a Freud, parece-me que as descrições feitas por Brunswick sobre o estado do paciente, na década de 1920, deixam poucas dúvidas quanto ao diagnóstico: ela estava claramente lidando com uma psicose,

como podemos ver pela hipocondria contínua e aguda, pelo recurso quase ininterrupto ao espelhinho de bolso e pelas ideias delirantes. Outros detalhes apontam na mesma direção: os momentos repentinos de mudança que o paciente relata têm o caráter das reversões e mudanças que constatamos na psicose. Para citar um exemplo, certa feita Pankejeff ia consultar-se com Kraepelin em Munique, a conselho do pai, e este embarcou no trem com ele antes da partida. Enquanto o pai mantinha uma conversa franca com o médico que acompanharia seu filho, ocorreu uma estranha transformação: "Só então me dei conta de uma mudança peculiar que havia ocorrido comigo no breve período desde o momento em que tinha embarcado no trem. Foi como se uma fada boa, com sua varinha mágica, houvesse dissipado minha depressão e tudo que se ligava a ela. Reconciliei-me de novo com a vida e me senti em completo acordo e perfeita harmonia com o mundo e comigo mesmo." No exato momento de estar com seu pai, que manifestava preocupação com o filho, seu estado de espírito modificou-se subitamente.[14]

Outros exemplos incluiriam sua resolução repentina de nunca deixar Therese, e os fenômenos de mortificação que ele viria a experimentar em sua fase depressiva: "Tudo tinha um aspecto 'irreal', na medida em que as pessoas me pareciam figuras de cera ou marionetes com as quais eu não podia estabelecer contato."[15] Depois de reconhecermos estas características da psicose, temos de explicar que função tiveram os sintomas obsessivos da infância e também por que tantos analistas e psiquiatras posteriores deixaram de fazer o diagnóstico correto.

As ideias de Lacan sobre esse caso parecem haver se modificado no correr dos anos e, de forma sumamente incomum, ele fez uma variedade de diagnósticos. Em sua primeira abordagem, interpretou a neurose infantil como uma tentativa de aceder ao pai simbólico. Depois da cena traumática com Anna, o menino comportou-se mal para acarretar uma punição para si, o que era um modo de tentar introduzir a dimensão simbólica. Lacan prestou particular atenção ao episódio do dedo decepado. O acesso à ameaça de castração foi negado a Pankejeff no mundo simbólico, e por isso retornou no real. O traço principal, para Lacan, foi menos a imagem do corte do que o fato de o menino não ter falado disso com a babá. Tal como o pequeno Andy Warhol, que quebrou o braço aos quatro anos mas passou dois dias sem contar o fato a ninguém, isso indicou o curto-circuito da relação simbólica. O episódio do dedo ilustra como fracassou o apelo de Pankejeff ao pai simbólico: incapaz de metaforizar a castração, restou-lhe a imagem aterrorizante de um ferimento corporal.

Podemos constatar essa questão não resolvida do corpo em muitos aspectos do

caso. Pankejeff trocava um alfaiate por outro, sempre insatisfeito com as roupas que eles lhe faziam. Tempos depois, passaria de um dentista ou de um dermatologista para outro, sempre com o acompanhamento da censura e da insatisfação. Era como se fizesse um apelo contínuo a que o Outro fornecesse a seu corpo algo que lhe faltava e, em cada um desses casos, o fracasso resultante o deixasse com uma imagem de um corpo danificado. Podemos presumir que, para além desses apelos, houvesse uma falha básica na construção de seu corpo. Todas as tentativas de encontrar uma cura para isso só faziam gerar ideias paranoides.

Muitas vezes, a imagem corporal de Pankejeff era, literalmente, uma ferida aberta para ele – como o dedo decepado que ele havia alucinado na infância –, e, em sua busca de remédio nos tratamentos médicos ou nas roupas, ele visava a uma imagem que caísse bem e uma imagem que fizesse sentido. Como verificamos em muitos casos de esquizofrenia, faltava ao corpo uma significação fundamental. Muriel Gardiner notou essa dimensão de apelo ao sentido, observando que "tem-se a impressão de que ele está sempre tentando entender".[16] Pankejeff vivia em perpétua busca da orientação de outras pessoas, falando sem parar de seus problemas, e podemos relembrar aqui que, em sua descrição da sedução praticada por Anna, ele mencionou que a irmã lhe contara "histórias incompreensíveis". O momento da excitação corporal e da aflição ligou-se, portanto, a uma opacidade do sentido: havia alguma coisa que ele não conseguia compreender.

Pankejeff também diria a Obholzer que, na infância, numa ocasião em que seu pênis tinha ficado irritado e inchado, ele fora falar com o pai. Mais tarde, na adolescência, um ponto havia ficado inchado e vermelho e, mais uma vez, fora ao pai que ele havia recorrido em busca da significação. Ao conhecer Obholzer, ele lhe disse "Preciso de orientação, preciso fazer perguntas", e que tudo em sua vida tinha que ser verificado e discutido com Gardiner, Eissler e Solms, com quem ele se encontrava semanalmente. Mesmo no leito de morte, Pankejeff ainda exclamava: "Me deem uma orientação! Me ajudem!" Como observou Obholzer, ele ficava repetindo essas mesmas frases, os mesmos apelos desesperados.[17] Podemos depreender disso que nunca houvera para ele um estabelecimento básico da significação. Em termos lacanianos, a metáfora paterna não tinha funcionado.

O que restou a Pankejeff foi o corpo como um buraco potencial, e era aí que as imagens da mãe e da irmã reapareciam. Assim como sua mãe tinha a verruga e a irmã tivera espinhas, ele viria a ficar obcecado com a mancha em seu nariz. Queixava-se exatamente dos males delas, e seu uso de um espelho de bolso

certamente tinha um caráter feminino. Os comentaristas interpretaram a preocupação com os dentes como uma identificação com Freud, que tinha problemas bucais, mas esse foi também, e talvez de modo mais fundamental, o sintoma da irmã dele depois de tomar mercúrio, o qual, segundo Pankejeff, "fez seus dentes caírem".[18] Esses tormentos corporais cercam a ideia da presença e ausência de um buraco, como se, para ele, a castração não fosse uma dimensão metafórica no simbólico, mas uma possibilidade real, sentida no corpo. Estando ausente a significação fálica, seu nariz tornou-se para ele um buraco insuportável.

SENDO ASSIM, por que sucessivas gerações de amigos e auxiliares psicanalíticos do Homem dos Lobos se equivocaram? Em certo sentido, isso ficou longe de ser culpa deles, que conheceram um homem cativante e culto, que gostava de falar de arte, literatura e psicanálise. Ele tinha poucos sintomas visíveis, não manifestava sinais de um sistema delirante e tinha um alto grau de compreensão de seus problemas. Muriel Gardiner, que se encontrou com Pankejeff durante décadas, disse nunca ter visto nada de "anormal" na conduta ou na conversa dele entre 1927, ano em que se encontraram pela primeira vez, e 1938, ano em que a esposa dele morreu. "Ele causava uma impressão sumamente ordeira e confiável, estava sempre vestido com propriedade e esmero, e era muito educado e atencioso com os outros." Aliás, em todos os 43 anos em que conviveu com ele, Gardiner diz que, "pessoalmente, não vi nenhum indício de psicose". Entretanto, por que não ver o próprio fato de ele parecer estável e controlado como a chave do erro de diagnóstico? O que escapou aos analistas foi que talvez tenha sido *a própria atenção deles* que sustentou a recuperação de Pankejeff. Em seu entusiasmo de compreender o caso, eles deixaram fora da equação a própria questão do que significava a psicanálise para ele.

Os analistas observaram com frequência que era a acessibilidade de Pankejeff ao tratamento analítico que excluía a hipótese de psicose, sem se aperceberem de que a chave dessa acessibilidade era o papel que a análise desempenhava para o paciente. Gardiner afirmou que, apesar do relato do caso feito por Brunswick, não se tratava de uma verdadeira paranoia, dada a recuperação de Pankejeff: "Eu diria que o discernimento e a acessibilidade à análise contraindicam a psicose." Ela também não achou que a visão que ele tinha de si como favorito de Freud fosse um delírio de grandeza. Entretanto, admitiu que suas ideias baseavam-se no relato de caso feito por Freud e em seus encontros posteriores com Pankejeff, depois do episódio de 1926. Essa visão foi compartilhada pelo próprio Homem

dos Lobos, que mais tarde diria a Obholzer, quando eles conversaram sobre o diagnóstico: “Não existe paranoia que vá e venha. Isso não existe. Quando alguém sofre realmente de paranoia, ela não vai embora.”[19]

Entretanto, quando fazemos a distinção entre psicose e surto psicótico, e reconhecemos os sinais da psicose sem desencadeamento do surto, podemos compreender com exatidão essas vicissitudes. Elas se ligaram diretamente às relações dele com a psicanálise. Afinal, Pankejeff se via como parte da história psicanalítica, e Freud o chamou de “um pedaço da psicanálise”. Helene Deutsch cedeu-lhe seu horário na análise, em função da importância que ele tinha para a pesquisa, chamando-o de “fonte de importantes descobertas da psicanálise”, e Anna Freud se referiria a ele, na introdução da compilação de documentos feita por Gardiner, como “nosso Homem dos Lobos”. Ele realmente pertencia à psicanálise, e essa estranha ligação não era um simples produto de sua imaginação.

Gardiner lhe mandava dinheiro, vendia seus quadros e chegava até a lhe adiantar os pagamentos por palestras. O nome que ele recebeu da psicanálise também viria a se tornar seu: ele não apenas atendia ao telefone dizendo “aqui fala o Homem dos Lobos”, como também assinou quadros e até seu artigo intitulado “Recordações de Sigmund Freud” como “Homem dos Lobos”. Não terá sido esse próprio batismo que, em algum nível, resolveu para Pankejeff o problema de se situar em relação ao pai, um problema que estava no cerne de sua “neurose” infantil? Enquanto, na infância, ele foi torturado pela tarefa de definir a relação entre Cristo e Deus, agora surgia uma nova solução: em seu trabalho com Freud, “eu me sentia menos paciente do que colaborador, o parceiro mais jovem de um explorador experiente que parte para o estudo de uma nova terra recém-descoberta.”[20] Foi esse papel de “colaborador” do “explorador experiente” que era Freud que lhe proporcionou sua identificação estabilizadora.

Convém lembrarmos aqui que, para Pankejeff, o verdadeiro problema da cena primária era como se posicionar. Se ele queria ser objeto do pai, isso dificilmente seria suportável depois da revivescência da cena sexual, uma vez que implicaria ser mulher e, portanto, perder o pênis. Logo, o que era ele para o pai? Pankejeff deve ter alimentado configurações diferentes dessa relação, e Brunswick mencionou que sua “fantasia favorita” era Pedro o Grande com seu filho Alexis, que foi assassinado pelo pai, apesar de haver renunciado a seu direito à sucessão e fugido para Viena.[21] Poderíamos ver a fase religiosa de Pankejeff como uma tentativa de reformular isso de outra maneira, codificando a relação pai-filho em novos termos. Compartilhando o dia do aniversário com Cristo, tinha lhe parecido que a identificação com o Filho lhe permitiria situar a relação com seu

pai. Ser Cristo para Deus seria menos perigoso do que ser uma mulher para seu pai.

Mas essa não foi uma solução exitosa. Ele era atormentado pela violência e pela sexualidade que pareciam caracterizar a relação entre Cristo e Deus. Por que, perguntava a si mesmo, Deus tinha matado seu Filho? Cristo tinha "traseiro"? Pankejeff efetivamente imaginava Cristo como sendo semelhante a uma mulher para um homem, uma equação que devia ecoar com exatidão os aspectos traumáticos da cena primária que o recurso à religião pretendia evitar. Agora, porém, em vez do confronto direto e não simbolizado de pai e filho, o lugar de colaborador estabeleceu uma distância e um mínimo de tensão erótica. Em vez de pai e filho, tratava-se de explorador e colaborador trabalhando juntos.

E isso explica o desencadeamento da psicose de Pankejeff na década de 1920, o que ocorreu em dois pontos específicos: em 1923 e 1926. No primeiro caso, a comunidade analítica acabara de tomar conhecimento do câncer de Freud e havia uma crença generalizada em que a morte dele era iminente. Pankejeff ficou chocado ao ver a imagem mutilada de seu ex-analista depois da cirurgia que este sofrera no palato, em abril daquele ano. A paranoia irrompeu para ele nesse exato momento, pois a morte de Freud significaria, para Pankejeff, a perda do lugar que ele ocupava para Freud e para a psicanálise. Com isso, não haveria nada para protegê-lo, e o espectro de um pai ameaçador e invasivo tornou-se real. O fato de Pankejeff ter se masturbado diante de imagens obscenas nessa ocasião é significativo, como veremos adiante.

A importância de seu lugar para Freud fica clara por suas memórias e pelas conversas com Obholzer. Pankejeff explicou como foi perturbador ser rotulado de "paranoide" por Brunswick, e prefaciou essa observação com a opinião de Freud sobre a "inteligência impecável" de seu paciente. Freud o havia enaltecido como um "pensador de primeira", elogio este que sem dúvida era incompatível com o diagnóstico de paranoia. Pankejeff explicou que, por causa disso, literalmente obrigou-se a esquecer o problema do nariz: "Reuni todas as minhas forças. Parei de me olhar no espelho e, de algum modo, superei essas ideias." O esforço de preservar a imagem que ele acreditava ter *para Freud*, portanto, efetuou uma cura. Ainda que o relato de Pankejeff seja inexato, a lógica é reveladora. Como ele observou a Obholzer, "Mack me fez um diagnóstico incorreto e, através desse diagnóstico incorreto, ela me curou".[22] O mecanismo de resgate foi preciso nesse ponto: tornar-se o colaborador ideal, em vez do paranoico.

Em 1926, o problema foi semelhante. Quando Freud se envolveu numa controvérsia com seu discípulo Otto Rank, este publicou uma monografia na

qual questionou a interpretação freudiana do famoso sonho dos lobos. A disposição dos lobos na árvore, observou Rank, tinha uma insólita semelhança com a disposição dos seguidores de Freud em fotos penduradas na parede de seu consultório. Visíveis do divã, elas deviam ter despertado o ciúme de Pankejeff em relação aos "filhos" analíticos de Freud, grupo a que ele queria pertencer e que desejava superar. Rank afirmou que Pankejeff havia transferido seu ciúme infantil da irmã, presente antes dele na "árvore genealógica", para os seguidores de Freud. Assim, não seria o sonho dos lobos uma projeção retrospectiva, para sua infância, de sua relação contemporânea com Freud e a psicanálise? Essa parte da interpretação de Rank é muito aguda: mesmo que o sonho não se houvesse baseado nas fotografias, ele intuiu a importância do olhar psicanalítico para o paciente.[23]

Incomodado com essa crítica, Freud escreveu uma carta ao Homem dos Lobos, pedindo-lhe que confirmasse a data e o conteúdo do sonho. Foi esse ato simples que desencadeou o surto psicótico, uma vez que pôs em questão o lugar imaginário que Pankejeff havia construído para si como o colaborador querido de Freud. De repente, ele tinha se tornado um objeto de suspeita. Como viria a escrever, muitos anos depois, notando a coincidência entre o pior período de seu sintoma nasal e a carta de Freud, "seria possível que a eclosão de minha 'paranoia' tivesse alguma ligação com as perguntas do professor Freud?"[24] Podemos levantar a hipótese de que esse questionamento brutal de sua identificação imaginária tenha aberto o abismo da foraclusão, no qual as imagens da mãe e da irmã estavam colocadas. Pankejeff passou então a se preocupar intensamente com a existência de um buraco em seu nariz e com a possibilidade de seus dentes estarem corroídos – exatamente as imagens de sua mãe e de sua irmã moribunda.

A estratégia analítica de Brunswick só fez piorar as coisas e, mais tarde, ela reconheceu que havia exacerbado a psicose do paciente. À medida que fez o possível para destruir a autoimagem que ele tinha de filho dileto de Freud, a paranoia de Pankejeff intensificou-se, tornando-se agudamente persecutória: os médicos e os dentistas estavam tentando desfigurá-lo. A estratégia clínica de Brunswick foi "uma tentativa concentrada de minar a ideia que o paciente fazia de si como filho favorito".[25] Ela questionou a ideia de que Freud tivesse alguma predileção por Pankejeff, chegando até a lhe perguntar por que, se era assim, ele nunca era visto socialmente na casa dos Freud, e lhe relembrando que ele não era o único dos casos de Freud a ser publicado.

Poderíamos ver na estratégia clínica de Brunswick uma faceta de sua própria transferência para Freud, como que para mostrar a seu paciente que não era ele o

filho amado do mestre, e sim ela. Foi muito precipitado interpretar o relacionamento de Pankejeff com Freud como uma ideia grandiloquente, que precisava ser esvaziada, e não como uma identificação estabilizadora, que não devia ser interpretada, e sim reforçada. A técnica de Brunswick, portanto, foi um grande erro. Ela almejou invalidar uma identificação, em vez de sustentá-la, e só retrospectivamente pôde reconhecer como era "necessária e protetora" a ideia que ele tinha de ser o colaborador amado.

Apesar do erro da estratégia inicial de Brunswick, não há dúvida de que a análise foi eficaz. Ela situou um momento crucial de mudança, que foi assinalado por dois sonhos. No primeiro, que se seguiu à escalada das ideias persecutórias, a mãe do paciente tira quadros sagrados das paredes de um cômodo e os quebra. O paciente se intriga com esse ato da mãe, uma mulher devota. Isso marcou "um momento decisivo", no dizer de Brunswick. No segundo sonho, ele olha por uma janela para uma campina, para lá da qual encontra-se um bosque. A paisagem é semelhante à do antigo sonho dos lobos, porém é dia, e não noite. Ele olha para os galhos de certa árvore, admirando como se entrelaçam, e não consegue entender por que ainda não pintou essa paisagem.

Portanto, lá está a árvore do sonho original e aterrorizante, mas sem os lobos de olhar fixo. E, no outro sonho, o olhar dos ícones religiosos é negado por meio do ato de destruí-los. Os sonhos mostram que o olhar persecutório foi temperado. Depois do sonho original dos lobos, observa Brunswick, Pankejeff não suportava que o olhassem fixamente – detalhe que não aparece no relato de Freud. Enfurecia-se e gritava: "Por que está me encarando desse jeito?" Agora, em vez do olhar ameaçador dos lobos, havia apenas a tela formada pela árvore e pela paisagem. Ele já não se sentia paralisado pelo olhar fixo e ameaçador dos lobos, mas, ao contrário, ficava na posição de quem olha, e não de quem é olhado. E a questão da pintura sugere que ele pretendia *fazer alguma coisa* com aquilo que via. Já não era apenas um objeto.[26]

Brunswick assinala, com verdadeiro olho clínico para os detalhes, que a recuperação de Pankejeff foi demonstrada, nesse momento, por sua capacidade de ler romances, a qual, como ele explicava, significava ser capaz de "se identificar" novamente com os personagens. Por quê? Porque, no dizer dele, o personagem ficava em poder de outra pessoa – o autor –, o que nos lembra a própria estrutura de sua questão infantil: qual é a relação entre pai e filho? E, ao mesmo tempo, essa nova possibilidade de identificar-se com os personagens atestava uma nova capacidade de identificação imaginária, que tinha sido bloqueada à medida que sua imagem corporal fora reduzida à da mulher doente e

agonizante. Desse momento em diante, ele passou a poder habitar outras imagens e, portanto, a ler ficção. No dizer de Brunswick, “a partir desse momento, ele ficou bom”.

Quando Brunswick reviu Pankejeff, dois anos depois desse período de análise, não havia “nenhum vestígio de psicose”,[27] e o surto seguinte só viria a ocorrer cerca de vinte anos depois, quando, em 1951, ele se perdeu sem querer na zona russa. Cativado por uma paisagem com uma construção abandonada que lhe recordou a infância, começou a pintar, sem se dar conta de que era aniversário do suicídio de sua irmã. A casa, como ele acrescentou, tempos depois, “na verdade consistia apenas numa parede, na qual se viam buracos negros em vez de janelas”. Alguns soldados russos o interpelaram e ficaram desconfiados, já que a construção, na realidade, era um posto militar. Pankejeff foi detido e interrogado por dois dias e meio, e se ofereceu para levar-lhes outros quadros, a fim de provar que a pintura era sua “vocação”. O oficial lhe disse que voltasse dali a 21 dias, levando suas paisagens e seus documentos.

Nesse ponto, a ideia de perseguição agudizou-se: Pankejeff achou que as pessoas o estavam vigiando e falando dele, e vivenciou o mesmo pânico intenso que tivera em 1926 com a paranoia do nariz. Essas três semanas, em suas palavras, foram “o mais terrível pesadelo”. Parecia-lhe impossível acreditar que ele, um russo, se perdesse na perigosa zona russa para pintar. Deveria ou não voltar, como fora instruído? Por fim, retornou ao posto russo, mas não havia ninguém particularmente interessado; o oficial que lhe pedira para se reapresentar nem sequer estava presente. Pankejeff conversou sobre pintura com outro oficial, e foi liberado sem maiores formalidades. Só após muitos meses conseguiu acreditar que já não havia perigo.[28]

No intervalo entre sua captura e seu retorno para falar com os russos, Pankejeff foi dominado pelo desespero e por ideias suicidas. Mas o que foi que fez, imediatamente depois, e que pareceu resgatar seu equilíbrio? Escreveu um artigo com o título “Minhas Recordações de Sigmund Freud”, no qual basicamente descreveu o que ele era *para* Freud. A pura angústia de não saber o que era para o militar russo – um espião ou um pintor inocente – foi resolvida pela articulação do que ele era para Freud. Com isso, restabeleceu seu lugar imaginário como um “pedaço da psicanálise”, o colaborador predileto. Não há dúvida de que Gardiner estava certa ao intuir que esse texto contribuiu para “retirá-lo da depressão”. Daí a estabilização posterior.

A INEXISTÊNCIA DE QUALQUER teoria sobre os mecanismos de resgate é a razão

por que geração após geração de interlocutores do Homem dos Lobos deixou de reconhecer sua psicose. Essas pessoas procuravam sintomas ruidosos e chamativos, e não os sinais silenciosos de uma psicose que, na maior parte do tempo, manteve-se estável. Em certo sentido, é difícil culpá-las por isso, já que era seu próprio ato de demonstrar interesse por ele que o ajudava a manter o equilíbrio. Seu foco contínuo sustentou a concepção que Pankejeff tinha de seu papel na história psicanalítica, o que lhe deu sua estabilização. Nem mesmo uma clínica perspicaz como Gardiner chegou a reconhecer o diagnóstico. Familiarizada que estava com o artigo de Brunswick, ela presumiu que a ideia de ser "o filho favorito" de Freud precisaria ter sido um delírio de grandeza para que Pankejeff fosse considerado psicótico.[29] Como não fora assim, e já que ele era acessível à análise, ela excluiu esse diagnóstico. O reconhecimento de que a psicose não exige delírios de grandeza nem inacessibilidade ao tratamento poderia tê-la incentivado a modificar essa visão. Afinal, uma identificação imaginária estabilizadora não é o mesmo que uma identificação delirante.

Essa estabilização teve certa qualidade duradoura para Pankejeff. Até o fim da vida, ele se viu como parte da psicanálise. Ainda na década de 1970, encontrou-se com Eissler e outros analistas e psiquiatras, repassando seus problemas e evocando o que havia representado para a psicanálise. Mas, como vimos nos capítulos anteriores, tende a haver mais de um elemento em jogo na estabilização. Podemos conjecturar que, se a identificação como colaborador foi o que lhe deu seu senso mais robusto de identidade, houve, ainda assim, outros dois aspectos de sua vida que lhe permitiram sobreviver: a queixa a respeito de uma mulher e a prática da pintura.

Com Gardiner e Obholzer, Pankejeff falou continuamente sobre o sexo oposto. Como deveria lidar com Therese? Em que espécie de confusão tinha se metido? Como podia ela ter se matado? Décadas depois, nas conversas com Obholzer, a ladainha das queixas prosseguiu: como podia Luise explorá-lo daquela maneira? O que lhe permitiria fugir dela? Quanto dinheiro ele deveria lhe dar? Ao longo de todo o seu discurso, Pankejeff declarou, repetidas vezes, que as mulheres haviam destruído sua vida. Com Obholzer, responsabilizou a fixação em Anna: "O complexo fraterno arruinou minha vida", disse, e pôde falar de poucas outras coisas que não a impossível Luise. No final, é difícil evitar a conclusão de que havia algo necessário para ele no ato de reclamar, como se a Mulher houvesse se transformado em seu sintoma.

Podemos ver uma cisão entre a mulher como sintoma, odiada e amada, mas, em última instância, persecutória para Pankejeff, e a mulher mais gentil e benevolente, encarnada por Gardiner, pela empregada Tini e, no fim da vida

dele, pela irmã Anni. Esta era uma enfermeira particular – paga com recursos fornecidos por Gardiner e pelo Arquivo Freud – que passava vários dias por semana com o paciente. Segundo Gardiner, não havia “nenhuma ambivalência” nessa situação, assim como não houvera com Tini, cujo lugar Anni parece haver preenchido. Essas mulheres eram dedicadas a ele, que aceitava sua ajuda com gratidão e reconhecimento, como se elas lhe permitissem escapar do “amor-ódio” de sua relação com Luise. Curiosamente, o texto escrito por Gardiner depois da morte de Pankejeff refletiu exatamente essa cisão. Tratou-se, essencialmente, de uma demonização sutil de Karin Obholzer, como que para separar a malvada Obholzer da bondosa Gardiner.

Mas por que, perguntaríamos, era tão importante para Pankejeff manter perto de si uma mulher “impossível”? A reclamação, em si mesma, talvez envolva um traço que ele herdara da mãe. Quando menino, ele a entreouvira dizer “Não posso continuar a viver assim”, e essas palavras ecoaram em todo o seu discurso sobre as mulheres. Certa vez, a mãe também havia comentado que Therese era “uma mulher com quem homem algum poderia se entender”, e essa sensação de impossibilidade parece ter deixado sua marca em todas as relações posteriores de seu filho com as mulheres, com exceção de Tini e da irmã Anni. É claro que Luise ficou no lugar do perseguidor para o paciente. “Não consigo lhe descrever o quanto essa mulher é terrível”, disse ele a Obholzer, repetidas vezes. Depois de haver concordado em se casar com ela e voltado atrás, Luise passou a lhe fazer incessantes exigências financeiras, censurando-o continuamente por seu descaso. Ele lhe dava grande parte de sua pensão, assim como outras somas significativas, contrariando os conselhos de todos. Apesar de desesperado para afastá-la, por meio desses pagamentos, parece que continuar enredado com ela era mais importante para Pankejeff do que qualquer separação real. Gardiner se ofereceu para ajudá-lo a se mudar para a Suíça ou a França, para fugir dessa mulher, mas ele não aceitou a oferta: aquela situação insuportável, na verdade, de algum modo lhe servia.[30]

Depois da aposentadoria, em 1950, fica claro que Pankejeff enfrentou sentimentos agudos de depressão e uma crescente sensação de desespero, e podemos supor que foi o imbróglio torturante com as mulheres que lhe permitiu preencher esse vazio, como se a frase de sua mãe, “Não posso continuar a viver assim”, fosse exatamente aquilo que lhe permitia viver, na verdade. Com Obholzer, sua queixa de que “o complexo fraterno arruinou minha vida inteira” pode ser entendida menos como uma nova interpretação de seu passado do que, simplesmente, como outra forma desse esforço de fazer da Mulher seu sintoma, a causa de seu sofrimento. Obholzer teve razão ao descrever Luise como um

“ponto fixo” para Pankejeff, e talvez a função desse ponto fosse permitir-lhe certa estabilidade.

É bem possível que identificar uma mulher como a perdição de sua vida tenha sido vital para Pankejeff, por uma razão simples. Se ele conseguisse localizar a libido invasiva fora de si mesmo, poderia reduzir o sofrimento e a perplexidade que sentia no nível do corpo e da imagem corporal. Mas também é interessante observar, neste ponto, que ele disse a Obholzer que seu pai impusera restrições a sua herança até a idade de 28 anos, por temer que o filho caísse nas mãos de alguma mulher inescrupulosa, “uma ladra”.[31] Pankejeff acreditava que uma amante do pai tinha desempenhado exatamente esse papel, possuindo até um camarote pago por ele num teatro. Terá sido por acaso, então, que tudo de que ele conseguiu queixar-se com seus interlocutores posteriores foi de como Luise o vinha depenando, tirando-lhe todo o seu dinheiro?

Isso sugere uma perspectiva diferente sobre a reclamação de Pankejeff. Não poderíamos vê-la como sendo, na verdade, um modo de manter a barreira do incesto? Ele tinha elevado a preocupação do pai com uma “ladra” a uma espécie de preocupação onipresente, que envolvia uma proibição em relação às mulheres, mas oferecia, ao mesmo tempo, o único modelo de relação “homem-mulher” disponível para ele. Tratava-se de uma relação que também levava o selo materno da impossibilidade, e lhe permitia afastar-se do lugar de ser um objeto do pai, o que Freud acreditava ter sido central para o paciente na infância. Vemos o eco disso num momento especialmente estranho de transição nas entrevistas com Obholzer. A certa altura, Pankejeff está descrevendo a situação em que o filho de um médico russo fora levado para atuar como intérprete pelos soldados russos e subitamente diz: “Sabe, a pessoa passou por toda sorte de coisas e, de repente, vê-se diante de um enigma com uma mulher tão burra, e não sabe o que fazer.” O discurso sobre Luise retoma imediatamente a questão da relação entre pai e filho.

Se as queixas sobre alguma mulher parecem ter se tornado cada vez mais presentes, à medida que a análise com Freud foi recuando para o passado, houve outro elemento que surtiu um efeito estabilizador e apaziguador para Pankejeff: a prática da pintura. Podemos recordar um detalhe do sonho que ele teve com Brunswick, no qual se perguntou por que ainda não havia pintado a cena que via diante de si. Assim, a imagem pintada entra no lugar em que antes houvera horror. O olhar dos lobos se foi, e agora ele é um sujeito que pinta, e não um objeto fitado. A pintura foi um tema constante de sua correspondência com Gardiner, e ela comentou que, nos períodos em que Pankejeff ficava mal de saúde, quase todas as cartas continham um lamento por ele não estar

conseguindo pintar. Estar ou não pintando tornou-se uma espécie de barômetro de sua vida psíquica. Aliás, logo depois de descrever a morte de sua mulher, ele escreveu que “levei um ano e meio inteiros para conseguir recomeçar a pintar”, como se essa fosse a verdadeira medida de sua recuperação.

A pintura parece ter tido duas funções para Pankejeff: atenuar o olhar invasivo voltado para ele e absorver e canalizar a libido. Ele descreveu a Gardiner que, “muitas vezes, eu ficava tão encantado com uma paisagem, que sentia uma ânsia irresistível de pintá-la o mais depressa possível”. Esse toque de urgência sugere a pulsão, e sabemos que, quando teve notícia do câncer de Freud, Pankejeff começou a se masturbar diante de imagens obscenas. A imagem, aqui, é algo a que ele recorria no ponto de maior inquietação e angústia, como se fosse um anteparo. Quando ele relata que Luise o censurou, certa vez, por lhe mostrar quadros depois do sexo, podemos perguntar-nos se isso não fazia parte do mesmo traço compulsivo, como se ele tivesse que introduzir uma imagem para fazer a mediação entre os dois.[32]

Antes do momento decisivo na análise com Brunswick, outro de seus sonhos com lobos mostrou o lugar dessa imagem. Numa parte desse sonho, há uma matilha de lobos cinzentos atrás de um muro, amontoando-se para fazer pressão numa porta e correndo de um lado para outro. Seus olhos brilham e é evidente que eles querem atacar Pankejeff, sua esposa e uma outra mulher. Ele fica aterrorizado, com medo de que os lobos consigam derrubar o muro e entrar.[33] Esse sonho foi seguido pelo sonho em que a mãe dele quebra as imagens sagradas, e talvez possamos ver o muro como uma representação da própria imagem. É esta que o protege da presença ameaçadora dos lobos, os quais, como sugeriram Freud e Brunswick, representam o aspecto invasivo do pai.

Se a pintura, a reclamação sobre uma mulher e a identificação com o colaborador do explorador tarimbado que é Freud permitiram a Pankejeff levar uma vida relativamente normal, não devemos ver seu caso como um sucesso da psicanálise. O que o ajudou foram menos as interpretações de seus analistas do que a maneira como ele pôde usar o lugar em que eles o colocaram. Se a psicanálise o alienou, transformando-o numa espécie de mascote, ele se serviu dessa alienação, através da identificação que forjou em torno dela. Foi uma alienação que lhe permitiu construir sua vida, ainda que possamos perguntar que outras vias teriam se aberto para ele se seus analistas houvessem adotado estratégias diferentes e sido mais sensíveis às questões diagnósticas que discutimos.

Quando as memórias de Pankejeff foram editadas e publicadas por Muriel Gardiner, em 1971, seu título certamente refletiu essa alienação: *O Homem dos*

Lobos pelo Homem dos Lobos. A curiosa repetição não foi uma tautologia, dado que foi a marca da psicanálise que permitiu a Pankejeff encontrar uma identidade. Essas não eram as memórias de Sergei Pankejeff, mas as do Homem dos Lobos. Após a morte dele, quando Gardiner preparava a edição francesa, ela escolheu um título diferente: *L'Homme aux loups par ses psychanalystes et par lui-même* (O Homem dos Lobos por seus psicanalistas e por ele mesmo). Talvez essa nova formulação tenha tornado o processo de refração ainda mais claro: o livro era, em primeiro lugar, de "seus psicanalistas", e apenas em segundo lugar "dele mesmo", como se ele fosse, essencialmente, um subproduto da psicanálise.

É comum os críticos comentarem que, apesar de uma vida inteira de tratamento, Pankejeff sofreu muito e foi mal atendido pelos que se esforçaram para ajudá-lo. Esses críticos presumem que ele deveria ter se tornado mais autônomo, sofrendo menos e se distanciando do mundo da psicanálise. No entanto, como afirmamos, talvez a forma assumida por seu sofrimento tenha desempenhado um papel no equilíbrio que ele conseguiu manter, tal como fez a sua relação com a análise. Quanto à questão da autonomia, Pankejeff foi tão dependente dos sintomas quanto somos todos nós. Embora alguns sintomas nos impeçam de viver, outros nos permitem a vida. Estes podem envolver atividades solitárias, assim como podem envolver a ligação com outras pessoas. Para Pankejeff, sempre houve um apelo aos que o cercavam, desde a mais tenra infância até seus últimos dias de vida no hospital. Assim como ele havia buscado uma resposta, primeiro nos familiares, depois nos interlocutores analíticos, suas últimas palavras, dirigidas à irmã Anni, condensaram esse apelo perpétuo e desesperado ao Outro: "Não me deixe."[34]

11. Shipman[1]

NUNCA HOUVE MELHOR equação entre loucura e normalidade do que no caso do maior assassino do Reino Unido. Harold Shipman exerceu essa prática durante décadas antes de levantar suspeita, e sua boa cidadania e sua vida discreta combinaram-se com um número desenfreado de homicídios. Embora haja algumas discordâncias quanto ao total de vítimas, ele matou pelo menos 250 pessoas e, muito provavelmente, várias outras mais. Apesar da paixão homicida ímpar e extraordinária, não houve, no caso de Shipman, nenhum surto violento, nenhuma conduta socialmente inadequada, nenhum ruidoso sistema delirante que ele se sentisse compelido a divulgar. Na verdade, quando ele foi entrevistado por psiquiatras, estes não encontraram indicação de "doença mental".

Em vez de levarmos esse veredicto a sério, por que não reconhecermos, mais uma vez, que a loucura não deve ser identificada com suas manifestações visíveis? Os sinais da loucura podem ser – e em geral são – sumamente discretos. A loucura e a vida normal são compatíveis, em vez de opostas, na maioria dos casos – embora não em todos. A história de Shipman é fascinante não só como estudo de caso da loucura silenciosa, mas também pelo que nos mostra sobre o modo de a sociedade reagir às questões da loucura e do assassinato. Quando organizei uma conferência sobre Shipman, alguns anos atrás, recebi cartas de pessoas idosas que insistiram em que, se ele estivesse vivo e trabalhando, não hesitariam em procurá-lo como clínico geral. Isso foi bem depois do julgamento e do Inquérito Shipman, presidido por *Dame* Janet Smith, que o considerou culpado de mais de duzentos assassinatos.

As reações da mídia, por sua vez, concentraram-se principalmente na maldade íntima desse estranho médico. Na falta de uma teoria séria para explicar seus atos, apelou-se para uma concepção quase religiosa da maldade pura. Como era possível que um ser humano fizesse tais coisas? Que motivos poderia ter tido? A

falta de qualquer explicação pronta significou que a etiologia tornou-se invisível e intangível: uma espécie de força maligna dentro dele. O curioso é que esse é exatamente o tipo de raciocínio que às vezes encontramos nas explicações dadas pelos assassinos para seus atos: o ato homicida, dizem eles, visou à maldade no coração de suas vítimas. Os “loucos” e os “sãos”, nesse aspecto, compartilham uma ideia delirante: a de que existe um misterioso e maligno agente interno que deve ser destruído. Para o assassino, na vítima; para a sociedade, no assassino.

A opinião dos profissionais não foi muito melhor. O psiquiatra Richard Badcock, que entrevistou Shipman antes do julgamento, falou de “uma imensa estimulação intelectual vinda dos assassinatos” e de “um substituto da ejaculação, baseado no poder”. O único psiquiatra a entrevistá-lo depois de sua detenção sugeriu que Shipman sofria de “um distúrbio espiritual que transcende os diagnósticos convencionais da medicina, da psicologia e da religião”, e concluiu: “Tem a ver com o mal.”[2] E o superintendente-chefe dos detetives que cuidaram do caso resumiu Shipman com as palavras “o mal simplesmente brotava dele”.

A leitura dos laudos dos especialistas do caso no Inquérito Shipman também é uma experiência perturbadora. Não só eles mostram uma incapacidade de aprofundamento no material, como atestam uma lamentável estagnação dos conhecimentos psiquiátricos. Apesar das mais de 270 mil páginas de indícios e de um orçamento de mais de 20 milhões de libras esterlinas, as conclusões revelam pouco mais do que aquilo que se colheria com um questionário da Internet: Shipman é tido como sofrendo de “uma personalidade suscetível a vícios”, “baixa autoestima”, “consciência moral corruptível”, “personalidade rígida e obsessiva” e “uma necessidade assaz arraigada de controlar pessoas e acontecimentos” – na verdade, qualidades que provavelmente caracterizam muitos de nós. Elas não nos dizem nada sobre esse homem nem sobre por que cometeu seus crimes, e é ainda mais espantoso constatar que os laudos não conseguiram detectar sinal algum de psicose. Os psiquiatras do Inquérito Shipman especificam que “ele poderia ser psicótico”, embora frisem que não há “prova de que o seja”, a despeito do vasto volume de material à sua disposição.[3] Vários outros psiquiatras que comentaram o caso também declararam categoricamente que Shipman não era psicótico, embora pudesse ter um “distúrbio de personalidade”.[4] Num resumo das opiniões dos peritos, Brian Whittle escreveu que Shipman “certamente não tinha uma doença psicótica” e que a psicose sem medicação “é um estado errático e ingovernável”. O sujeito psicótico, supõe ele, “mostraria sinais de sua doença em outras áreas da vida”. Mas essa é exatamente a visão que vimos contestando e que é essencial

reconhecer para dar sentido ao caso Shipman.

É de se esperar que uma interpretação mais equilibrada possa nos incentivar a complicar essas visões e tentar compreender como essa trilha de homicídios pode ter ocorrido. Shipman nunca disse por que os praticou, ou mesmo que os praticou, e muitos parentes de suas vítimas acharam que o suicídio dele, em janeiro de 2004, roubou-lhes as respostas esperadas. Durante algum tempo, Shipman passou a encarnar exatamente a ideia de privação de sentido, donde talvez o recurso a noções extravagantes da pura maldade. Havia uma expectativa de que um dia ele revelasse tudo, algum motivo ou causa que trouxesse um "desfecho" para o caso. As caricaturas de jornais que o retratavam como o ceifeiro sinistro sugerem, ao contrário, que, tal como a própria morte, nenhuma explicação jamais eliminaria o enigma e a opacidade que cercam a partida da vida.

As informações biográficas sobre Shipman não são tão volumosas quanto sugeririam suas inúmeras biografias. Há depoimentos de conhecidos, de colegas e parceiros de cela, algumas entrevistas da polícia e os detalhes dos próprios assassinatos, provenientes dos relatórios policiais e do Inquérito Shipman, dirigido por Janet Smith. As partes de sua correspondência que foram divulgadas podem dizer-nos alguma coisa, mas o que não temos é o discurso direto do próprio Shipman ou de seus familiares próximos: não há nada que explique, justifique ou descreva o que aconteceu.

Isso, é claro, facilitaria a tarefa do investigador, mas, além de tentarmos lançar luz sobre a questão de por que Shipman fez o que fez, é importante usar esse caso para nos fazer pensar sobre o que mais precisaríamos saber a fim de chegar a uma compreensão mais profunda. Que perguntas devemos formular para aprender mais? Será que os assassinatos foram um sinal de sua loucura, ou, na verdade, uma tentativa desesperada de lidar com situações que impediram o funcionamento de sua loucura cotidiana normal?

SHIPMAN NASCEU em janeiro de 1946, o segundo filho de Harold Shipman, um motorista de caminhão, e de sua mulher, Vera, filha ilegítima de uma moça que ganhava o sustento fazendo acabamentos de renda em casa. Não se sabe muita coisa sobre sua infância, passada num conjunto habitacional em Nottingham, embora fotografias escolares o mostrem bem-vestido, de gravata-borboleta, em contraste com seus colegas de classe. Ao que parece, Shipman não era particularmente sociável, mas de modo algum era isolado dos pares. Diversos relatos descrevem uma proximidade especial entre ele e a mãe, uma "telepatia

mental” entre os dois, o que fazia Harold ser mimado e idolatrado, podendo esgueirar-se para a cama dos pais com a mãe quando o pai estava no trabalho ou no bar. Vera, ao que se afirma, tinha grandes expectativas para o menino, que aos onze anos ganhou uma bolsa de estudos na High Pavement Grammar School, onde se empenhou com assiduidade, embora sem obter sucesso acadêmico digno de nota.

Pouco depois de Shipman completar dezessete anos, Vera foi diagnosticada com câncer de pulmão, e veio a morrer em menos de seis meses, aos 43 anos de idade. Durante esses meses, o médico fazia visitas regulares à casa, para administrar injeções de morfina, e Vera e o filho parecem haver passado longas horas conversando. Arrasado com a morte da mãe, ele teve de repetir um ano na High Pavement para refazer seus exames qualificatórios, antes de começar a estudar medicina na Universidade de Leeds.

Shipman veio a conhecer sua futura mulher, Primrose, num ônibus, a caminho das aulas, e ela não demorou muito a engravidar. Ao que parece, isso foi um escândalo para ambas as famílias, criando uma desavença que nunca seria sanada. Os dois se casaram em novembro de 1966, sem nenhuma das bênçãos que um jovem casal poderia esperar dos familiares, e seu primeiro rebento, uma menina, nasceu cerca de três meses depois. Eles ainda viriam a ter mais três filhos, todos meninos, nascidos em 1971, 1979 e 1982.

Depois da formatura, Shipman começou a trabalhar no Hospital Geral de Pontefract, onde permaneceu por quatro anos, até 1974. Diplomou-se em pediatria, obstetrícia e ginecologia, e é provável que tenha sido no Pontefract que começou a usar drogas em larga escala pela primeira vez. Tomava petidina, uma droga comumente utilizada para aliviar as dores do parto ou como analgésico, antes de passar para a morfina, que viria a se injetar com regularidade.

Em abril de 1974, assumiu um novo emprego no Centro Médico Abraham Ormerod, na cidade vizinha de Todmorden, e mais tarde viria a dizer que seu uso de petidina iniciou-se naquele mês de maio, devido a uma depressão desencadeada pela oposição dos membros mais antigos da equipe médica a suas sugestões sobre como melhorar o centro médico. Apesar disso, não tardou a ser promovido, passando de assistente a chefe da clínica geral, e seu trabalho assíduo e sua dedicação granjearam-lhe a admiração de pacientes e colegas. “Ele era um santo, uma pessoa realmente bondosa”, recordou um de seus pacientes de Todmorden.[5] Shipman tornou-se um membro respeitado da Canal Society, uma instituição local que ajudava a limpar e preservar o canal que atravessava o vale de Todmorden. Apesar disso, ao mesmo tempo, havia começado a matar. Embora possa ter havido homicídios anteriores no Pontefract, parece certo que

foi em Todmorden, em meados da década de 1970, que seu padrão de assassinato se estabeleceu.

Foi no verão de 1975 que os colegas de Shipman começaram a notar que havia algo errado. Ele desmaiou no centro médico e, depois, em casa, o que os colegas interpretaram, inicialmente, como efeito do “estresse”. Na verdade, as injeções maciças de petidina tomadas por Shipman vinham aumentando, e seus braços e pernas estavam cobertos de sinais de uso de drogas intravenosas. Ele disse aos colegas que se tratava de epilepsia, mas um farmacêutico local havia notado as enormes quantidades de petidina que o médico vinha receitando, muitas vezes falsificando os documentos pertinentes. Shipman já havia passado pelo questionário rigoroso de uma entrevista com um inspetor de drogas do Ministério do Interior em julho, mas o farmacêutico estava convencido de que as receitas não eram legítimas. Os colegas do centro médico confrontaram Shipman, que admitiu o uso de drogas e foi afastado da clínica.

Seguiu-se uma investigação policial e, mais uma vez, Shipman admitiu seu vício em petidina e concordou em procurar ajuda. Internou-se na Retreat, a clínica para doenças mentais de York, aparentemente abandonando a petidina, mas mantendo-se resistente a entrevistas psiquiátricas. Diz um laudo que ele admitiu ter sofrido com pesadelos desde a morte da mãe, mas nenhum detalhe é fornecido. No início de 1976, admitiu sua culpa pelo furto de drogas e pela falsificação de receitas, mas seus psiquiatras recomendaram que lhe fosse permitido continuar a exercer a medicina. “Seria catastrófico”, escreveu um psiquiatra ao tribunal, “se ele não tivesse permissão para continuar.”[6]

A família Shipman mudou-se então para o condado de Durham, onde ele continuou a fazer pesquisas médicas discretas e um trabalho de intermediação até setembro de 1977, quando conseguiu emprego para clinicar na Donneybrook House, em Hyde, perto de Manchester. Entusiasmado, cumpridor de seus deveres e trabalhador, Shipman novamente conquistou o respeito de pacientes e colegas. Além de trabalhar durante longas horas, ingressou na brigada St. John Ambulance, ensinando primeiros socorros a voluntários e treinando pessoas para cuidar de crianças. Frequentador assíduo de todos os eventos médicos do programa de Desenvolvimento Profissional Contínuo (DPC, na sigla em inglês), quase não perdia uma reunião nas universidades de Manchester e Liverpool e no Hospital Geral Tameside. Começou a matar em sua nova clínica não muito depois de chegar a Hyde.

Suas vítimas eram homens e mulheres idosos, quase sempre portadores de doenças crônicas ou que tinham sofrido uma perda recente. Os assassinatos de Hyde começaram aos poucos, às vezes à razão de apenas um por mês, mas

tiveram uma escalada durante a década de 1980, quando Shipman praticou quatro ou cinco assassinatos por mês, concentrados no período de dezembro a fevereiro. Havia pequenos furtos nas cenas dos homicídios, envolvendo objetos de pouco valor ou sem utilidade aparente.

Tal como em Todmorden, Shipman tinha ideias sobre como melhorar a clínica, e se ressentia de qualquer obstáculo à implementação delas. Esse interesse pela reforma da assistência à saúde permitiu-lhe conceder várias entrevistas a jornalistas da imprensa escrita e televisiva: ele disse algumas coisas muito sensatas sobre a "doença mental" ao programa *World in Action* e foi citado na imprensa médica a propósito da questão do vício e do alcoolismo na profissão. Assumiu entusiasticamente a posição de mestre do saber médico e se mostrou ansioso por disseminá-lo.

Em janeiro de 1985, seu pai morreu de um ataque cardíaco. Pauline, irmã de Shipman, estivera morando com ele e, depois da morte do pai, vendeu a casa e foi morar como o irmão mais novo, Clive. O testamento dizia que a casa seria deixada para ela e, ao que parece, Harold foi inteiramente excluído da herança. No trabalho, mostrou-se mais retraído, e os colegas e o pessoal da clínica intuíram que havia alguma coisa fora do lugar: médico quase sempre perfeito com os pacientes, Shipman sabia mostrar-se arrogante, melindroso e controlador com o pessoal hospitalar.

Sem dúvida, essa foi uma das razões pelas quais, após quase quatorze anos na Donneybrook, montou seu próprio consultório, levando consigo alguns profissionais para com ele fundarem a Market Practice. Nessa clínica, com relativa liberdade, pôde seguir sua própria filosofia de assistência médica: receitar os medicamentos que ele mesmo escolhia, evitar hospitalizações desnecessárias e dedicar um cuidado individual ímpar a seus pacientes. As autoridades de saúde locais ficaram impressionadas, e a clínica floresceu. Shipman atendia com presteza os chamados domiciliares e marcava consultas em tempo recorde. Quando a Superintendência de Saúde lhe perguntou por que não tinha uma enfermeira de plantão em seu consultório, ele respondeu que preferia fazer pessoalmente todo o trabalho. Ocupava de fato o lugar do médico único e insubstituível.

Até a placa na parede do prédio declarava: "Entrada do Consultório do Dr. Shipman", como se ali não se exercesse simplesmente a medicina, mas a medicina do dr. Shipman. A onda de assassinatos começou então a escalar, em 1992/1993. Ele tinha uma lista de aproximadamente 3.100 pacientes, e os homicídios continuariam até sua detenção, em 1998, havendo atingido o pico em 1995. A investigação posterior produziu uma imagem das cenas de homicídio de

Shipman, como uma espécie de *tableau vivant*. O médico visitava um paciente idoso que, em geral, morava sozinho. Isso era registrado em suas anotações como uma visita de rotina, ou uma visita não solicitada. Ele injetava na vítima um opiáceo potente, a diamorfina, que em geral causava a morte em poucos minutos. Afirmava que o paciente já estava morto quando da sua chegada, ou que havia falecido depois de sua visita. O corpo era encontrado inteiramente vestido, em geral numa poltrona. Ao explicar como havia conseguido entrar na residência, era comum Shipman dizer que a pessoa tinha deixado a porta destrancada. Em algumas ocasiões, ia até a casa com um vizinho que tivesse a chave, para "descobrir" o cadáver. Muitas vezes, também modificava suas anotações, para indicar que a morte era esperada, e o fazia antes ou depois do assassinato. A invenção mais comum em suas anotações era a criação de uma história de problemas cardíacos. Esse método é interessante por sua coerência. Podemos observar que não apenas envolve um assassinato, mas também, com certa frequência, a montagem cênica do momento da descoberta do corpo e a presença nessa cena.

À medida que o número de mortes aumentou, um agente funerário da cidade desconfiou do incrível fato de ser sempre Shipman quem lidava com a morte de pacientes locais. Falou com um clínico geral de Hyde, que, por sua vez, relatou o fato ao médico-legista, que em seguida informou à polícia. Entretanto, a falta de provas, combinada com um erro administrativo que resultou em números equivocados dos índices de mortalidade, impediu uma investigação mais profunda e, depois de algumas outras conversas com outro agente funerário, o caso foi abandonado em março de 1998. É provável que, àquela altura, Shipman soubesse estar sob suspeita, e é possível que isso tenha surtido efeito nos eventos subsequentes.

A DESCOBERTA DOS ASSASSINATOS veio através de uma série de erros bizarros, que sugeriu a muitos comentaristas que Shipman buscou sua detenção. Ele havia submetido Kathleen Grundy, uma ex-prefeita de Hyde, a um exame de sangue em junho de 1998, e tinha lhe pedido que assinasse alguns papéis relacionados com isso em seu consultório. Em seguida, pediu a outra paciente para assinar uma folha de papel dobrada ao meio, que parecia uma espécie de formulário médico: na verdade, era o testamento de Kathleen Grundy, que assim passou a ter a assinatura de uma testemunha, exigida por lei. O próprio Shipman havia datilografado o testamento, deixando todos os bens terrenos de Grundy para seu médico, "para recompensá-lo por toda a assistência que deu a mim e à população

de Hyde". Sob qualquer parâmetro de julgamento, era uma tentativa pífia de falsificação: o documento fora mal datilografado, e nele havia letras faltando e até uma impressão digital.

No mesmo dia, Shipman enviou pelo correio o testamento falsificado a um escritório local de advocacia, acompanhado de uma carta assinada por "K. Grundy", que dizia: "Desejo que o dr. Shipman tenha o benefício de receber meus bens, mas, se ele morrer ou não puder aceitá-los, os bens deverão ir para minha filha." Entretanto, esse escritório de advocacia nunca havia representado Grundy e não pôde compreender muito bem o material recebido. No dia seguinte, Shipman visitou a paciente e lhe aplicou a injeção letal de diamorfina que se tornara sua marca registrada. Esperando mais um dia, falsificou a ficha médica da paciente, fazendo retroceder as datas das anotações e sugerindo que ela fora viciada em drogas: mais tarde, poderia dizer que havia suspeitado do vício em heroína ou petidina. As anotações dizem: "Nega o consumo de qualquer droga, a não ser para a síndrome de irritação intestinal", e, mais adiante, "nega tudo".

Mal decorrida uma semana, Shipman enviou outra carta ao escritório de advocacia, para comunicar o falecimento de Grundy, dessa vez assinando-a como "S." ou "F. Smith", "um amigo" que havia datilografado o testamento, mas que não forneceu endereço de contato. Os advogados entraram em contato com a filha de Grundy, que também era advogada e já possuía uma cópia do testamento autêntico da mãe, que deixava os bens unicamente para ela. No mesmo instante, ela soube que o segundo testamento era falsificado, e chamou a polícia. O corpo de Grundy foi exumado e, prevendo os resultados, Shipman acrescentou às suas anotações mais referências ao suposto vício dela em drogas. Quando se constatasse a presença de morfina no corpo, teria de haver uma boa explicação para isso.

O alcance e a escala dos assassinatos de Shipman logo viriam à luz. À medida que a investigação prosseguiu, a população de Hyde enviou cartões e cartas de apoio à clínica de seu querido médico. Poucas pessoas conseguiam acreditar nas alegações, mas, conforme os parentes das pessoas falecidas foram verificando as descrições de Shipman sobre a morte de seus entes queridos, surgiram discrepâncias. Embora ele afirmasse, em alguns casos, ter visitado a casa da pessoa falecida por ter sido chamado, os registros telefônicos o contradisseram. E, o que foi de importância crucial, o disco rígido do computador de Shipman também conservava detalhes da datação dos acréscimos feitos às fichas dos pacientes após a morte deles, fato que ele aparentemente não tinha previsto.

Shipman tinha sido arrogante com a polícia, novamente se identificando como

a única autoridade em matéria de medicina e dizendo aos investigadores que eles simplesmente não entendiam de assuntos médicos. No entanto, os registros do disco rígido mostraram que ele havia criado falsos históricos clínicos durante anos, ora alterando todos no mesmo dia, ora poucas horas antes de matar suas vítimas. Novas exumações provaram sua culpa, sem a menor sombra de dúvida. Ele foi condenado por homicídio e sentenciado a passar o resto da vida na prisão.

Encarcerado, continuou a se portar como médico, oferecendo orientação a detentos e funcionários: aos sábados eram feitas consultas em sua cela. Todos deviam chamá-lo de "doutor" e, do presídio, escreveu várias vezes para seu deputado local no Parlamento, manifestando preocupação com a qualidade da assistência recebida por seus pacientes durante sua ausência. Em particular, externou a preocupação de que seu substituto usasse uma lista restrita de medicamentos, e não sua própria seleção, mais cara e cuidadosamente escolhida. Essa preocupação com a medicação certa encontrou eco várias vezes em sua orientação aos detentos, quando lhes dizia quais medicamentos pedir aos médicos do presídio. Afora isso, Shipman passava o tempo traduzindo *Harry Potter* para a linguagem Braille.

Foi uma catástrofe para ele ser transferido de sua cela costumeira para uma nova localização, perto da ala hospitalar, pois isso o privou de seu consultório na prisão. Ele fez uma primeira tentativa de suicídio, tentando se enforcar com uma toalha, até finalmente acabar com a própria vida por enforcamento, no dia 13 de janeiro de 2004. Na mesa de cabeceira, logo abaixo de seu corpo, havia um exemplar de *Henrique IV*, de Shakespeare.

E O QUE ESSAS INFORMAÇÕES biográficas podem nos dizer sobre os homicídios de Shipman? Que pistas podem nos apontar na direção certa? E por que aquele estranho *tableau vivant* que ele tinha de criar, vez após outra, com suas vítimas? A única teoria psicológica verdadeira proposta a respeito desse assassino é que ele tinha uma fixação no trauma da morte de sua mãe. Nos meses que a antecederam, o jovem Harold via a mãe receber injeções diárias de morfina, para atenuar o sofrimento. Ela morreu num coma induzido por morfina, tendo a seu lado os dois filhos, Harold e Clive, depois de o médico da família administrar uma última dose fatal da droga. Shipman saiu de casa logo depois disso, e correu uns quinze quilômetros, sob chuva torrencial, pelas ruas de Nottingham e da zona rural circundante.

Ao ver o médico ministrar morfina a sua mãe, ele tomara a decisão de se

tornar médico, e a agonia da morte dela o condenou a repetir incessantemente essa cena com suas vítimas. Ora, essa explicação parece atraente, uma vez que funde a imagem do salvador com a do assassino. Afinal, foi exatamente esse o papel que Shipman veio a desempenhar em sua carreira de médico e homicida. Há uma contradição, sem dúvida, nessa imagem de um médico que administra uma dose letal de morfina: nessa situação, aquele que supostamente deve salvar vidas é também o que tira a vida. Estaria Shipman fixado nesse momento insuportável da junção entre a vida e a morte?

O problema dessa explicação é que os fatos são sobretudo fictícios, colhidos por informações de terceiros e de pessoas que provavelmente não tinham intimidade com a família. Não sabemos, na verdade, se Harold cuidou da mãe moribunda – uma das descrições diz explicitamente que não – nem se ele assistia às injeções, assim como não conhecemos nenhum detalhe médico sobre a doença e a morte dela. Tudo que realmente sabemos é que uma paciente de Shipman informou que o médico sempre falava da mãe, e que contara a seu marido haver assistido ao sofrimento dela na época em que morreu de câncer, quando ele tinha dezessete anos. Simplesmente não existem outros detalhes, donde a construção da história da presença de Shipman na hora da morte, das injeções e assim por diante é puramente mítica.

Por outro lado, a primeira onda conjunta de assassinatos ocorreu em 21 de janeiro de 1975, quando, uma semana após seu aniversário, o médico assassinou três pacientes no espaço de um único dia: Lily Crossley, Elizabeth Pearce e Robert Lingard. Todos morreram menos de meia hora depois da visita dele. É difícil não associar isso com uma data que devia significar alguma coisa para Shipman: afinal, o diagnóstico do câncer de sua mãe fora feito dias depois de ele completar dezessete anos e, o que é um dado crucial, ela havia falecido no dia 21 de junho. A convergência das datas, podemos supor, teve um efeito em Shipman. Também poderíamos relembrar que ele viria a tirar a própria vida na véspera de seu aniversário de 58 anos. A ligação entre essa data, o número 21 e a morte de Vera, portanto, pareceria possível, se não provável.

Mas é preciso pensar em que tipo de ligação seria essa. Se a mãe era tão importante, por que Shipman não matou mulheres mais jovens? Seria precipitado supor que as pessoas idosas que matou deviam ter evocado figuras parentais, especialmente considerando-se que a mãe dele tinha apenas 43 anos ao morrer. E por que ele também matava homens? E por que esse *modus operandi* complexo, por que a encenação requintada das mortes? Deve haver algum indício do que ele realmente almejava, do que procurava obter ou alcançar através desses cenários repetitivos. O fato de ele estar presente com tanta

frequência na morte de seus pacientes despertou as primeiras suspeitas de um colega e de alguns agentes funerários, pois era incomum um médico participar desse momento. Se os *tableaux* exibiam sua presença nessas mortes, podemos supor que, na verdade, ele *não* estivera presente no momento da morte da mãe. E, se ele tinha um interesse especial por matar pessoas recém-enlutadas, em particular viúvas, podemos indagar que experiências teria vivido com pessoas enlutadas em sua infância. Certamente, os idosos eram significativos para ele, e seria uma esperança obtermos mais informações sobre seus avós, sobre a morte deles e sobre o efeito dessas mortes na família.

A questão da morte de Vera é significativa, é claro, mas precisaríamos pensar em como ela funcionou para Shipman. Uma visão simplista veria essa perda como uma grande causa de "estresse", porém uma perspectiva mais complexa consideraria os registros do real, do imaginário e do simbólico. Um elemento de um desses registros pode retornar em outro nos momentos de descontinuidade: uma imagem, uma ânsia desesperada ou uma agitação corporal, por exemplo, podem emergir quando o registro simbólico é de súbito acentuado ou questionado. Foi exatamente isso que vimos no Homem dos Lobos: quando a identificação imaginária que o estabilizava era questionada, a imagem de sua mãe doente e sua irmã moribunda era polarizada e voltava para invadir seu corpo. A questão, portanto, é menos de fixação num trauma que de indagar por que os elementos do trauma reapareceriam na vida dele, nos momentos em que reapareceram. Será que se tratava de uma fixação na morte da mãe ou da impossibilidade de ter um mecanismo simbólico capaz de mediar não apenas essa parte de sua experiência, mas também outras partes díspares?

O momento dos homicídios torna-se especialmente importante nesse ponto. Por que ele encenou uma injeção e uma morte para acontecerem nos momentos em que aconteceram? Afinal, poderia ter se viciado em drogas na juventude, permitindo uma convergência da imagem de uma injeção com a atração pela mãe morta. Nunca houve nenhuma exacerbação dos assassinatos em junho, mês do falecimento de Vera, e os aniversários de morte não parecem ter sido marcados por comportamentos sintomáticos de Shipman, embora, como vimos, o número 21 deva ter tido certo peso para ele. Se as injeções encarnavam a imagem do alívio da dor experimentado por sua mãe, não teria ele almejado recriá-las nos momentos de sua própria aflição? Há uma diferença entre a repetição traumática de um acontecimento e a convocação desse acontecimento em outros pontos de fratura simbólica, talvez diferentes.

Para explorar essas questões, precisaríamos explicar o verdadeiro mistério do caso Shipman: o período decorrido em branco, entre dezembro de 1989 e janeiro

de 1992, quando sua matança parece haver mais ou menos cessado. Se conseguirmos compreender por que ele não matou durante esse período, é presumível que fiquemos em melhores condições de compreender por que matou antes e depois dele. Diz o Inquérito Shipman que esses períodos de interrupção eram “ditados por seu medo de ser descoberto e por seu desejo de autopreservação”.[7] Mas isso não é muito certo. Embora os assassinatos imediatamente anteriores a esse período tivessem envolvido uma quase descoberta, isso havia ocorrido em outras ocasiões, e nem sempre tinha resultado numa redução dos homicídios. Talvez outro aspecto importante, nesse ponto, tenha sido o fato de que, em alguns desses casos, a vítima não morreu com rapidez suficiente. Talvez tenha se tratado menos de quase ser apanhado do que de a vítima quase não morrer e, portanto, permanecer no limbo entre a vida e a morte. Similarmente, poderíamos observar que a pausa coincidiu com o momento em que Shipman atingiu a idade em que sua mãe havia morrido, bem como o início de seu plano de abrir seu próprio consultório: será que foi por acaso que o prédio escolhido por ele, depois de muitas buscas cuidadosas, foi o número 21 da Market Street?

Podemos recordar aqui que, durante os muitos anos em que se aplicou injeções de petidina, ele não matou outras pessoas. Posteriormente, uma vez iniciada a matança, seu método preferido foi a injeção letal. Assim, há uma certa simetria nessas duas práticas: uma pessoa recebe uma injeção, e poderíamos levantar a hipótese de que isso gira em torno de uma identificação especular, uma estase imaginária. Ele fica no lugar daquele que injeta, ou daquele que recebe a injeção, ou em ambos. Se quiséssemos buscar uma continuidade aqui, ela residiria nesta identificação: receber uma injeção. E assim, talvez, ao aplicar injeções em seus pacientes, ele as estivesse aplicando numa imagem de si mesmo. Sua própria imagem teria se confundido com a de seus pacientes, em geral idosos. Shipman era eles.

E, no plano cronológico, quando parou de se aplicar injeções, começou a aplicá-las em outras pessoas. Curiosamente, ao ser mantido numa cela policial, após sua detenção, ficando assim impossibilitado de aplicar injeções em quem quer que fosse, ele recusou os alimentos, como se estes pudessem estar envenenados, e tomava apenas chá e café de uma máquina que sabia ser usada por todos: já não injetando nada em suas vítimas, temia que a substância tóxica fosse sub-repticiamente introduzida em seu próprio corpo.[8] Temeu que o que fizera com os outros fosse feito com ele. Essa confusão imaginária evidencia-se em outros detalhes do caso. Sabemos, por exemplo, que Shipman mentia. Inventava detalhes de históricos clínicos, e alguns deles, ao que parece, não

podem ser simplesmente explicados em termos de ele encobrir seus atos. Talvez as mentiras que o médico inventou possam dar-nos pistas de seus motivos: afinal, a mentira sempre contém uma verdade não reconhecida pelo sujeito. As observações sobre a suspeita de que Grundy seria viciada em heroína e petidina, por exemplo, claramente não se referem a ela: quando Shipman escreveu que ela "nega tudo", a quem poderia referir-se isso, senão a ele mesmo?

ENTÃO, O QUE SUSTENTOU Shipman durante esses anos? O que lhe permitiu levar uma vida aparentemente normal? A resposta a essas perguntas pode estar numa identificação ideal, como tantas vezes acontece na psicose. A pessoa se identifica com determinado papel ou função social que lhe confere uma identidade, um ponto em que se ancorar. Em fevereiro de 1976, depois que Shipman admitiu sua culpa por falsificar receitas e furtar drogas, os psiquiatras recomendaram que ele fosse autorizado a dar continuidade a seu trabalho como clínico geral. Hugo Milne assim escreveu ao tribunal: "Para ele, seria benéfico ter permissão de continuar a clinicar. Inversamente, seria catastrófico que não fosse autorizado a continuar." Em vez de considerarmos esse conselho como um equívoco trágico, podemos considerar que ele atesta o reconhecimento daquilo que era crucial para manter Shipman em funcionamento: ele tinha de ser um médico com seus pacientes.

A identificação ideal para Shipman era médica – ser "o doutor" –, e até Primrose, sua mulher, às vezes tinha que se dirigir a ele nesses termos. Shipman parecia alguém fazendo uma imitação de um médico, com a diferença de que realmente o era. "Sou um bom médico", dizia com frequência; "tenho todas as qualificações da Faculdade de Medicina de Leeds." Na psicose, a identificação – estabilizadora ou não – envolve, comumente, um lugar de exceção: a pessoa é A Única a saber, a se importar, a salvar. O comportamento de Shipman é indicativo disso: em suas reuniões do DPC, ele assumia o lugar de o único verdadeiro especialista em métodos e conhecimentos médicos e, em certo sentido, tornou-se o médico que faltava a Hyde: o Único em quem se podia confiar, com o qual se podia contar e ao qual era possível recorrer.

Shipman sempre insistiu em que dirigia uma "clínica de ponta", e, nas palavras do Inquérito Shipman, "claramente se julgava, sem termos de comparação, o melhor médico de Hyde". Orgulhava-se do fato de sua clínica "ter o mais alto nível de triagem" de vários problemas de saúde. "Somos uma nau capitânia", declarou. "A Superintendência de Saúde sempre pode comparar a qualidade desta clínica com a de qualquer outra, e indagar por que a outra tem

um desempenho insuficiente.”[9] Ela era a melhor, portanto, era o local de uma coleção de superlativos que a destacavam como a exceção. Como Shipman viria a assinalar, mais tarde, durante o julgamento, enquanto outros médicos se contentavam com determinado resultado sobre a pressão sanguínea, ele não o fazia, pois almejava a “perfeição”. Esse foco nos superlativos – típico da paranoia – encontrou eco na descrição que fez de seu próprio julgamento: seria, segundo escreveu a amigos, “provavelmente o caso mais caro deste século”.[10]

A ideia de que essa identificação estabilizava Shipman é confirmada pelo que sabemos de seu período no presídio, depois da condenação: ele se tornou o médico da prisão, fornecendo orientação médica aos detentos e aos guardas, e se correspondendo com seu representante no Parlamento a respeito do melhor atendimento de seus ex-pacientes em Hyde. Recusou-se a participar de programas de reabilitação do presídio, como o Grupo de Automodificação Cognitiva ou o Seminário de Acentuação das Aptidões de Pensamento, embora se inscrevesse nas aulas de Aconselhamento no Luto. O lugar do cuidador médico era obviamente vital para ele.

A correspondência de Shipman no presídio mostra que ele estava desesperado, solitário e sofrendo muito, e que assumir o papel do bom médico era a única coisa que o mantinha inteiro. Foi no momento em que esse lugar lhe foi negado que, em poucas semanas, ele tentou se enforcar: sua primeira tentativa de suicídio. Talvez essa própria identificação estabilizadora decorresse da identificação com um aspecto de sua mãe. Embora não tenhamos material a esse respeito, seria importante obter mais informações sobre como ela cuidava das doenças na família: dos filhos, do marido, dos pais, dela própria. Será que Shipman se identificou com um traço materno de cuidar de doentes? E, se era assim, será que os cuidados prestados por ele só se transformavam em homicídios quando essa imagem do bom médico era questionada?

É interessante observar que o único documento que possuímos dos tempos de estudante de Shipman, uma redação publicada numa revista escolar, inclui exatamente esse traço: um cachorro quebra a asa de um periquito-australiano, este é levado ao veterinário, uma tala é colocada e, depois disso, eles se tornam amigos inseparáveis. O vínculo entre os dois se fixa depois da intervenção médica, e essa redação foi escrita muito antes da doença da mãe. Talvez a dimensão materna da prestação de cuidados se reflita no fato de que Shipman era muito bem-visto na pediatria e, durante o tempo em que lá esteve, assim como na ginecologia e obstetrícia, houve pouca ou nenhuma matança, como se estar num lugar materno significasse que ele não precisava matar. Ao que parece, adorava fazer partos.

Alguns comentaristas do caso sugeriram que ele não matou durante o período porque, em termos práticos, isso teria sido difícil num pavilhão infantil, mas é bem possível que a identificação que o sustentava não tenha sido dificultada ali. Entretanto, é provável que a passagem da pediatria para a ginecologia e obstetrícia tenha coincidido com o começo de seu uso da petidina. Apesar de já não estar no lugar de cuidador de crianças, ele ainda podia permanecer num lugar materno, tomando essa droga: a petidina é administrada para aliviar a dor das mulheres no parto e na menstruação, e é frequentemente usada por quem trabalha nessas enfermarias.

Será, portanto, que a identificação com o médico zeloso – talvez baseada numa identificação com a mãe – precipitava ou impedia os assassinatos? Será que tirar vidas fazia parte de sua imagem como médico, ou, ao contrário, era o que emergia quando a identificação se desarticulava? Shipman tinha um cuidado especial na escolha e prescrição do que considerava serem os melhores remédios para seus pacientes. Sua conta de medicamentos era o dobro da de seus colegas, e ele se orgulhava de não deixar o dinheiro comprometer os cuidados que prestava. Era frequente entrar em choque com a Superintendência de Saúde local, pois esta não aprovava a sua escolha de medicamentos caros. E, no presídio, instruía os detentos doentes a pedirem medicamentos específicos ao médico oficial do presídio, em geral mais caros do que os habitualmente receitados.

Não é impossível que essa preocupação tenha levado a um cálculo envolvendo o assassinato: para que ele fornecesse o melhor tratamento, seu orçamento tinha que ser equilibrado, o que significava eliminar periodicamente um certo número de pacientes. “Tenho pacientes demais para cuidar”, reclamava.[11] Ao saber de mortes pelas quais ele mesmo fora responsável, às vezes Shipman comentava que “é menos um na minha conta de medicamentos”. De fato, não raro os pacientes que ele matava tinham um consumo elevado de produtos farmacêuticos. Nesse sentido, os assassinatos teriam sido uma parcela necessária de seu ideal médico, uma espécie de gestão burocrática de orçamentos, que assegurava o tratamento de alta qualidade por meio do homicídio.

Quando Shipman declarou, em seu primeiro julgamento por delitos ligados ao uso de drogas, que seu consumo de petidina havia aumentado depois de ingressar na clínica de Todmorden, podemos muito bem optar por lhe dar crédito. Ele disse ter se tornado mais dependente da droga depois de enfrentar resistência a seus planos para melhorar a clínica. Em vez de encarar isso como uma desculpa implausível, cremos que o compromisso de Shipman com o ideal de uma medicina praticada segundo os melhores padrões significou que o efeito

da oposição a seus projetos poderia, realmente, ser devastador para ele. Afinal, o cacife de sua identidade médica era alto: o que estava em jogo, nesse caso, era sua própria existência, a posição que o sustentava.

Por outro lado, é possível que tenha sido uma perturbação de sua identificação que levou aos homicídios. Quando uma identificação estabilizadora é questionada, em geral há uma certa desarticulação das coordenadas simbólicas da pessoa. Acontece algo que afeta a estrutura simbólica de seu mundo: tornar-se pai ou mãe, entrar num novo emprego, aposentar-se ou lidar com qualquer outra ruptura na continuidade da vida cotidiana que exija simbolização. Em outros casos, a própria identificação ideal pode ser diretamente questionada: uma reclamação no trabalho, o término de um relacionamento, o afastamento repentino de um amigo ou de uma pessoa querida. Já não é possível manter o lugar que fora construído, embora, em geral, a pessoa não tenha consciência disso. Não se trata de algo que seja diretamente articulado, mas que deve ser inferido a partir de entrevistas extensas.

Ora, também vimos que essa desarticulação no nível simbólico pode surtir o efeito de reintroduzir elementos de outro registro. No caso de Shipman, se entendermos sua relação especular com as vítimas como um exemplo da polarização do imaginário, teremos então de encontrar seus desencadeadores, que pertencerão não ao imaginário, mas a um outro registro. Quais seriam essas coordenadas? Para descobri-las, precisamos examinar as datas em que o *modus operandi* de Shipman modificou-se. Em vez de buscarmos traumas óbvios, os detalhes não raro se escondem em coincidências temporais: por exemplo, a data em que uma criança chegou à idade em que aconteceu uma coisa importante. É por essa razão que, muitas vezes, a busca de grandes incidentes traumáticos é infrutífera.

No caso de Shipman, há algumas datas fundamentais: a data em que sua mulher, Primrose, chegou à idade da mãe dele ao falecer; a data em que ele mesmo chegou à idade do pai na época da morte da mãe, que foi 1995, o ano em que seus assassinatos começaram realmente a escalar; o momento da morte de seu pai; as datas de nascimento de seus filhos. Embora haja outros momentos significativos, essas datas específicas parecem destacar-se como ocasiões em que alguma coisa se modificou ou foi exacerbada para Shipman. Embora elas não pareçam ter muito em comum, o que está implicitamente presente é uma questão muito precisa: a da transmissão simbólica entre gerações.

Isso tem uma importância especial na psicose, pois convoca a uma simbolização da diferença entre as gerações e do que é transmitido entre elas, amiúde encarnado no conteúdo de uma herança. Muitas culturas têm cerimônias

e rituais complexos para marcar esses momentos e, na falta de uma estrutura de significação para lhes dar sentido e para situá-los, o sujeito psicótico pode sentir de maneira ainda mais intensa o buraco da foraclusão. A importância desses momentos, e de seu lugar em nossa vida psíquica, é demonstrada pelo vasto número de fraudes na Internet praticadas por meio de informações fornecidas às pessoas sobre heranças, o que talvez toque na crença subjacente delas em que a própria ordem simbólica lhes deve alguma coisa.

Poderíamos fazer uma pausa neste ponto para lembrar as circunstâncias da desarticulação de Shipman: a falsificação do testamento de Grundy. Num esforço muito frágil e amadorístico, ele redigiu um testamento em nome da paciente, usando sua própria máquina de escrever. Enviou esse testamento a um escritório local de advocacia, o Hamilton Ward, embora Grundy não fosse cliente dele. O testamento afirmava que ela deixara todos os seus bens para Shipman, e nada para a filha ou os netos. A carta que o encaminhava era assinada por “S.” ou “F. Smith”, que se dizia “um amigo” de Grundy que a havia ajudado no testamento. A maioria dos comentaristas não acredita que Shipman achasse que poderia se safar com isso. Ele sabia que a filha de Grundy era advogada, e suas falsificações foram incrivelmente grosseiras.

Se levarmos a sério aqui a questão da herança, poderemos indagar que papel terá sido desempenhado pela morte do pai de Shipman. Ele morreu de uma doença cardíaca, e talvez não seja à toa que a falsificação mais frequente nas anotações dos pacientes tenha sido a invenção de uma história de problemas do coração. Como no episódio referente a Kathleen Grundy, poderíamos ver uma verdade não reconhecida nas mentiras produzidas por Shipman. Seus conhecidos notaram que ele ficou mais desligado e mais frio depois da morte do pai, em janeiro de 1985, e a casa foi deixada para sua irmã, Pauline, que ainda morava lá na época. O imóvel foi vendido e Pauline se mudou para a casa do outro irmão, Clive, indo residir com ele, sua mulher e a filha do casal. Se Pauline morresse, sua parte iria para Clive e a família. Portanto, Shipman não deveria receber parcela alguma: tinha sido efetivamente cortado da herança paterna.

Acaso isso não é a imagem especular do testamento de Grundy forjado por Shipman? O testamento de seu pai deixou o grosso dos bens para a filha, excluindo Harold, mas, no documento criado por ele, tantos anos depois, Grundy deixou tudo não para sua filha, justamente, mas para Shipman. Enquanto num caso a menina tinha sido favorecida e o menino, negligenciado, no outro, o menino foi favorecido e a menina, negligenciada. Foi depois que a herança paterna o excluiu que as mortes aumentaram, e os assassinatos tenderam a se concentrar nos meses de janeiro e fevereiro, que marcavam essa data. Eu

também conjecturaria que os pequenos furtos praticados por Shipman nas casas de suas vítimas iniciaram-se nesse ponto da sua vida, em 1985. Confrontado com a questão do legado do pai, que constitui uma questão simbólica, e não apenas uma questão empírica real, os pequenos furtos que se seguiram aos assassinatos não representariam nada menos que uma morte e a transmissão de um objeto para Shipman.

A ênfase na questão da herança também pode esclarecer melhor o assassinato de Grundy. Shipman administrava um fundo para pacientes de sua clínica e incentivava ativamente os donativos. Havia até um aviso pendurado na parede do consultório, pedindo aos pacientes que legassem dinheiro em seus testamentos. Ele sabia que Grundy havia prometido uma soma que viria do Fundo da Prefeitura, e que, posteriormente, seu comitê havia decidido contra a doação, considerando-a uma "causa imprópria" e legando o dinheiro ao Asilo Tameside. Ao que parece, a paciente deu essa informação a seu médico pouco antes de morrer. Portanto, ocupou o lugar de alguém que devia a Shipman alguma coisa que lhe foi retirada. O Inquérito Shipman observou que, em algumas ocasiões, ele pedia um ou outro pertence da pessoa falecida. Num dos casos, pediu a uma família um periquito-australiano – recordemos sua redação infantil –, em outro, uma máquina de costura, em outro, ainda, um banco antigo. Os pequenos furtos incluíam bijuterias sem valor – broches, brincos – e, quem sabe, pequenas somas em dinheiro.

Janet Smith assinalou que ele pilhava objetos das casas das pessoas falecidas, mas prestou pouca atenção a isso porque, segundo disse, claramente não era esse o motivo dos assassinatos. A mesma questão da soma em dinheiro, ou dos bens a serem transmitidos após um falecimento, é relevante no suicídio de Shipman. Comentaristas do caso assinalaram com frequência que ele se matou antes de completar sessenta anos, sabendo que, se morresse depois disso, Primrose não receberia sua pensão integral de viúva. Se morresse antes dos sessenta, sua mulher receberia 100 mil libras e uma pensão de 10 mil libras, mas, se morresse depois, a pensão seria de apenas 5 mil libras e não haveria o benefício concedido num pagamento único. Embora se pudesse ver nisso um simples ato de altruísmo, é bem possível que o tema da herança tenha sido importante para ele nessa escolha.

Calculo também que precisaríamos saber muito mais sobre os avós de Shipman, e saber se houve algum problema com uma questão de testamento ou herança em algum ponto dessa geração. Aqui, mais uma vez, a chave se encontra nos registros psíquicos: para Shipman, a herança não estava no simbólico, mas no real. Talvez não tenha sido à toa que o fim de seus assassinatos e sua

condenação posterior giraram exatamente em torno da questão de um testamento e uma herança. Isso não nos sugeriria que também foi aí que tudo começou?

O CASO SHIPMAN mostra-nos o tipo de detalhes pelos quais precisamos procurar para compreender a vida normal e os atos homicidas. Em vez de teorias simplistas de fixação num trauma, precisamos de um modelo mais complexo, que inclua o modo como o real, o simbólico e o imaginário interagem, e que reconheça a importância das identificações ideais. Esse caso é frequentemente usado para levantar problemas ligados à responsabilização dos médicos e ao sistema de concessão de atestados de óbito, mas também esclarece um impasse real na psiquiatria contemporânea. Essa é uma psiquiatria que perdeu sua história, e é crucial que ela retorne às pesquisas iniciais sobre a psicose estabilizada, do tipo que é compatível com o sucesso profissional e a funcionalidade social. Sem isso, pouco nos restará além do recurso a ideias infantis de maldade pura.

O fato de tais ideias virem de “especialistas” deve recordar-nos, a partir do próprio caso, que às vezes é insensato dar ouvidos a um especialista. Shipman aproveitou-se da confiança inconteste depositada na autoridade e nos conhecimentos médicos, tanto ao lidar com suas vítimas quanto na primeira e débil investigação de sua atividade clínica. Talvez o ceticismo houvesse salvado vidas, nessa situação, e é irônico que as tentativas de compreender as motivações de Shipman e de fornecer algum tipo de “desfecho”, de compreensão abrangente do que aconteceu, meramente repitam o mesmo gesto no qual ele confiava: o respeito pelo conhecimento dos especialistas.

O diagnóstico desse caso não é de “maldade pura”, mas de paranoia: Shipman ocupava o lugar da exceção e tinha o compromisso de impor seus conhecimentos ao mundo que o cercava, e que ele julgava conter o erro. Como O Grande Médico de Hyde, ele transformaria o mundo num lugar melhor. Mesmo na prisão, seus esforços continuaram, e ele precisava ocupar um lugar especial. Como escreveu a seus amigos, “no momento não há publicidade, e a sensação é de que nada está sendo feito. Este episódio me causou um enorme colapso.” Há, sem dúvida, um toque de grandiloquência nesse comentário, como se a publicidade lhe fosse necessária. Numa outra carta, durante o julgamento, Shipman escreveu: “O processo já é o maior de todos em matéria de provas de computador, o maior na publicidade, o maior no número de acusações, o maior para a Faculdade de Direito de Lancaster, que está usando meu processo como seu ‘Caso principal’ nos exames finais. Há também vários outros primeiros

lugares.”[12] A concatenação de superlativos ecoa o status excepcional que ele buscava: não apenas o Melhor Médico, mas agora, com o julgamento, o Maior.

Também é importante separar esse caso da longa linhagem de assassinos em série em que Shipman costuma ser incluído. Parece claro que ele não estava tentando extinguir nem anular um elemento perigoso em suas vítimas. Como disse um de meus pacientes, falando de Jack o Estripador, “ele tentava matar algo além de uma pessoa ou um corpo vivo”. Em Shipman, não se tem realmente a sensação de que ele estivesse empenhado numa tarefa equiparável. Reencenar repetidas vezes a cena de uma morte não é necessariamente o mesmo que querer matar, e em muitas situações, ele salvava ao invés de destruir.

Numa outra carta da prisão, vemos sua capacidade de salvar vidas e sua curiosa fé na medicina: “A vida aqui é divertida; meu companheiro de cela tentou enforcar-se na noite de segunda-feira. Ouvi o barulho de seus estertores finais, levantei-o, desatei o nó em seu pescoço e o deitei no chão, antes de pedir ajuda. Depois disso, voltei a dormir, mais ou menos às duas horas da manhã. Meu companheiro de cela parece estar muito melhor agora, a medicação está funcionando.”[13] O estilo é desapegado e os eventos traumáticos não parecem ter interferido no sono de Shipman.

O fato de seus esforços, em certo nível, terem sido compatíveis com os do mundo que o cercava mostra a coerência entre a psicose e a vida normal. Como ele escreveu da prisão a amigos: “A polícia reclama que eu sou chato. Nada de amantes, casa no exterior, dinheiro em bancos suíços; eu sou normal. Se isso é ser chato, é o que sou.” No entanto, foi essa própria normalidade que ele lamentou que o juiz e o júri de seu processo fossem incapazes de enxergar. Escrevendo sobre o que percebeu como seu fracasso ao prestar depoimento, ele disse: “Sinto que não consegui transmitir minha normalidade.”[14] Do nosso ponto de vista, o reconhecimento dessa normalidade é que poderia começar a nos inquietar.

12. O trabalho com a psicose

UMA TEORIA PSICANALÍTICA da psicose não implica uma psicanálise de sujeitos psicóticos. Tudo que ela mostra, na verdade, é que os conceitos da pesquisa psicanalítica podem ajudar a pensar os casos clínicos de psicose e a desenvolver estratégias para o trabalho clínico. Ao longo dos anos, as diversas tentativas de introduzir regras para esse trabalho – como as referentes aos neuróticos – nunca obtiveram êxito, e só fizeram agravar as confusões a respeito das questões de técnica. Simplesmente não existe uma fórmula para esse trabalho, ainda que possa haver certas contraindicações. Como assinalou a psicanalista Colette Sepel, não existe algo que se possa chamar de psicanálise dos psicóticos: existem apenas o psicanalista e o psicótico. O que acontece na relação entre eles tem de ser repensado e reinventado a cada caso individual. Isso era bem sabido na década de 1950, mas hoje há uma pressão crescente para fingir que existe uma maneira certa de fazer as coisas.

No entanto, os capítulos anteriores devem ter nos ensinado que qualquer tipo de trabalho clínico, seja ele psicanalítico ou não, deve ser sensível a vários elementos diferentes. Se o surto psicótico pode ser desencadeado pelo encontro com uma figura paterna ou um terceiro, é obviamente prudente para o clínico evitar essa posição: nada de figuras de autoridade, nem mestres ou especialistas. Reconheceu-se desde muito cedo, na história da psicanálise, que algumas pessoas enlouqueciam depois de iniciar a terapia analítica, especialmente quando o clínico adotava uma postura semelhante à de um guru. O silêncio contínuo por parte do analista ou as interpretações enigmáticas que o sujeito não conseguia entender, ou o convite irrestrito à associação livre, tudo isso podia desencadear uma psicose latente, e a literatura está repleta de exemplos similares. Quanto mais o analista se identifica com o lugar do saber, mais perigosa é a situação para o paciente.

A posição diametralmente oposta explica alguns dos sucessos das comunidades terapêuticas das décadas de 1960 e 1970. Os clínicos evitavam deliberadamente revestir-se do manto da autoridade, e as hierarquias tradicionais da saúde mental desmoronaram. O psiquiatra ou o terapeuta ficavam no mesmo nível do paciente, compartilhavam as mesmas áreas de convívio, a mesma mesa às refeições, os mesmos jornais e cigarros, e com isso favoreciam as relações imaginárias, em vez de obrigarem o sujeito a se confrontar com as relações simbólicas. Havia um esforço de distanciamento das estruturas e situações em que existia uma assimetria rigorosa entre "médicos" e "pacientes", entre "nós" e "eles". Embora todas essas comunidades tivessem regras, os clínicos procuravam não adotar atitudes *ex cathedra*. Em vez de pais, eram pares.[1]

Hoje em dia, quase todo terapeuta ou analista em exercício trabalha com sujeitos psicóticos, ainda que, em geral, tanto o clínico quanto o paciente não tenham consciência disso, em vista, como afirmamos, da prevalência de formas estabilizadas de psicose. Muitos clínicos de hoje não são ensinados a fazer diagnósticos, no sentido tradicional que procuramos esboçar no Capítulo 5, e às vezes se perdem num labirinto cada vez maior de rótulos: distúrbios de personalidade e tipos de caráter, vícios, fobias sociais, distúrbios afetivos sazonais etc. O fato de a situação terapêutica atual ser bastante descontraída e de apoio, evitando a hierarquia, explica por que muitos desses casos acabam nunca eclodindo num surto, e por isso é frequente o clínico recorrer a esses rótulos para tentar denominar aquilo com que trabalha.

Evitar as posições de mestria na situação terapêutica às vezes é mais fácil de falar que de fazer. O clínico bem-intencionado pode adotar conscientemente uma postura amistosa e de apoio na terapia, mas fazer interpretações que impõem ao paciente determinada visão de mundo. Essa visão pode vir dos dogmas teóricos do terapeuta ou de seus preconceitos pessoais. Como advertiu Piera Aulagnier, há uma violência na tentativa de forçar o outro a compartilhar uma verdade que não é a dele. Às vezes, só descobrimos isso quando é tarde demais, e as reações do paciente nos mostram que lhe impusemos algo que não era fiel à sua experiência: talvez sintamos que nossa própria angústia se reduz, afinal, quando ele começa a pensar como nós. Essa é uma das razões pelas quais há sempre um apetite por manuais programáticos de terapia da psicose, que impõem ao paciente um modelo de "como pensar". Alguns desses programas parecem manuais de instrução, como se a terapia fosse uma simples questão de aplicar uma técnica de pensamento correto a um destinatário passivo.

Obviamente, é muito mais fácil acreditar que é possível aplicar um método mecânico do que reconhecer que cada tratamento precisa ser inventado com cada

paciente individual, e a história das abordagens terapêuticas da psicose exibe uma clara divergência entre as correntes: aquelas que visam criar uma distância do paciente, com ênfase no procedimento técnico e nas regras, e as que põem em jogo o próprio ser do terapeuta no encontro com a psicose. Como disse Marguerite Sechehaye, a terapia, nesse caso, envolve uma "aposta existencial".[2] Essas duas tradições têm seus extremos, que são fáceis de ridicularizar, e, em certo sentido, poderíamos dizer que, enquanto uma se constrói sobre a garantia da segurança do terapeuta, a outra concentra-se mais no paciente. Os terapeutas desta última tradição têm alertado com frequência para os perigos das tentativas sutis ou diretas de adaptar o paciente à visão de mundo que eles adotam.

É sempre muito perigoso tentar "normalizar" o paciente e adaptá-lo ao que tomamos pela realidade comum. Como disse Frieda Fromm-Reichmann, "talvez a maior ameaça ao desfecho favorável da psicoterapia com esquizofrênicos, uma ameaça diretamente atribuível ao terapeuta, seja a atitude convencional de muitos terapeutas perante a questão da chamada adaptação social de seus pacientes esquizofrênicos. A recuperação de muitos pacientes esquizofrênicos depende da liberdade do psicoterapeuta em relação às atitudes e aos preconceitos convencionais. Esses pacientes não podem nem devem ser solicitados a aceitar orientação para uma adaptação convencional às exigências costumeiras de nossa cultura, e muito menos ao que o terapeuta individual considere, pessoalmente, serem essas exigências. O terapeuta deve sentir que seu papel no tratamento da esquizofrenia realiza-se quando essas pessoas conseguem encontrar por si, sem prejuízo para seus semelhantes, suas próprias fontes de satisfação e segurança, independentemente da aprovação de seus vizinhos, familiares e da opinião pública."

Essas palavras são tão verdadeiras hoje quanto foram na década de 1940, ao serem escritas. De fato, houve um movimento progressivo, em certas tradições terapêuticas, em direção a um modelo que corre o risco de reforçar justamente os citados preconceitos. Para essas tradições, a terapia tem a ver com a resposta e, à medida que o sujeito psicótico articula suas ideias e sentimentos para o terapeuta, este deve funcionar como um espaço continente, mostrando que as comunicações aparentemente rudimentares dele podem ser ouvidas, e devolvendo-as ao paciente sob forma processada. É claro que o contato humano do relacionamento pode ser benéfico, mas o risco é que se imponha ao paciente um significado que bem pode ter mais a ver com a história do "continente" que com a do paciente. Espero não estar caricaturando essas terapias, e certamente existem casos em que elas são úteis e conduzidas com habilidade, mas também podem produzir "robôs" que usam como ventríloquos a linguagem e a visão de

mundo do terapeuta.

A ênfase na adaptação social tem outros perigos, pois corre o risco de negligenciar as fórmulas singulares e idiossincráticas de vida que muitos sujeitos psicóticos desenvolvem. Em vez de dizer a alguém como viver, o importante é descobrir aquilo que o ajudou em sua própria história, os pontos de identificação ou idealização, as atividades ou projetos: o que há em seu delírio, talvez, ou em sua história familiar, que seja confiável e estável? Quais são os "bons objetos" existentes que podem ser incentivados e apoiados? A adaptação social, na verdade, pode levar à catástrofe, se o terapeuta forçar o sujeito a se engajar numa atividade ou relação socialmente valorizada, mas que, por introduzir uma posição simbólica, não tem nada que a sustente.[3]

Sugerir que a pessoa aceite um emprego ou vá a um encontro, por exemplo, talvez não seja problemático em alguns casos, mas em outros pode desencadear ou exacerbar um surto psicótico. Nessas situações, o sujeito é empurrado para uma posição simbólica ou para um encontro com o desejo do Outro – ser patrão para os empregados, ser homem para uma mulher –, e talvez não esteja apto a lidar com a simbolização que isso acarreta. Do mesmo modo, os imperativos sociais da "realização" e da "ação" podem levar o terapeuta a incentivar o sujeito a empreender uma atividade, quando, na verdade, é essencial para ele que esta fique eternamente não realizada, sempre situada no futuro. Podemos pensar na criação futura de uma nova raça por Schreber, ou no modo como Aimée, apesar de sua atividade de escritora, situava suas grandes obras literárias como projetos futuros. Foi a isso que Freud se referiu como o aspecto assintótico dos fenômenos psicóticos, igualmente reconhecido pelos psiquiatras norte-americanos da década de 1950, com a ideia de que as psicoses sem desencadeamento de surto talvez se mantivessem estáveis graças ao interesse por ideais que permaneciam não realizados. É sempre preciso destinar um lugar a aspectos do futuro. Um amor platônico, por exemplo, pode manter um sujeito estável durante décadas, e sua não realização deve ser respeitada.[4]

A receptividade ao diálogo real é crucial nesse ponto, e o terapeuta deve evitar qualquer tentativa de mostrar ao sujeito que ele está pensando "incorretamente", ou deixando de se conformar a uma forma certa de perceber o mundo. Paradoxalmente, isso situa o tratamento da psicose fora dos parâmetros tradicionais da "saúde mental", que se pautam pela ideia de que o clínico sabe de antemão o que é melhor para o sujeito. Como assinalou Kurt Eissler, muitos anos atrás, "enquanto as considerações terapêuticas preocuparem o psiquiatra em seu contato com o esquizofrênico, ele estará fadado a falhar em sua abordagem, uma vez que a terapia implicará, necessariamente, que alguma coisa é 'boa' ou

‘má’.”[5]

De modo similar, qualquer pessoa que realiza esse trabalho faria bem em questionar suas próprias fantasias de ajudar ou curar os outros. Como destacou Lewis Hill: “A frase ‘ajudar os seres humanos’ tanto pode ocultar quanto indicar motivos para o indivíduo se colocar como superior a seus pacientes e condescendente para com eles, motivos para dominar e controlar e forçar os pacientes a aceitarem padrões preconcebidos de comportamento, e até motivos para ganhar distinção por meio da abnegação e da autopunição mórbidas.”[6] O sujeito psicótico é capaz de compreender isso com muita rapidez e, com toda a razão, de manifestar ceticismo. Como objetou uma esquizofrênica à terapeuta, ao término de sua primeira consulta, “como é que a senhora pode dizer que se importa comigo, se nós acabamos de nos conhecer?” E, se a terapeuta simplesmente se importava com qualquer ser humano aflito, como poderia reconhecer a particularidade da paciente diante dela? Seu trabalho se assentaria numa fantasia de resgate que efetivamente a impediria de escutar os pacientes.

Nessa situação, assegurar ao paciente que as coisas vão melhorar pode ser uma simples maneira de tranquilizar a si mesmo. Essas situações são comuns no trabalho terapêutico com psicóticos, e a tendência geral de hoje a introduzir o que um analista chamou de “falsificação da relação médico-paciente”[7] apresenta, com frequência, resultados lastimáveis. A insinceridade, que o paciente capta com muita rapidez, só faz confirmar sua desconfiança do meio que o circunda. Uma observação de Freud, numa carta a seu colega Johan van Ophuijsen, ecoa esse sentimento: “Eu lhe recomendaria deixar de lado suas ambições terapêuticas e tentar compreender o que está acontecendo. Quando você fizer isso, a terapia funcionará por si.” O desejo de salvar o paciente pode dar ao sujeito um sentimento de importância e valor pessoais, mas, em última instância, compromete a terapia. Como disse Lewis Hill, o terapeuta deve reconhecer que “a ânsia de ajudar é menos produtiva que a disposição de ser útil ao paciente”.

SE NÃO EXISTEM fórmulas nem receitas para o trabalho com sujeitos psicóticos, ainda é possível concebermos estratégias que respeitem a necessidade de estabilização, de compensação e de criação de maneiras individuais singulares de atar o simbólico, o imaginário e o real. Podemos ajudar a pessoa a criar sentido sem lhe impor o nosso, e a inventar novas maneiras de lidar com as excitações mentais ou físicas que a atormentam. Se relembrarmos os três relatos de caso que examinamos, será possível imaginarmos que o conhecimento detalhado da vida daqueles psicóticos, que emergiria através do diálogo, poderia

nos dar algumas pistas. Com Aimée, por exemplo, para quem a relação epistolar era tão importante, o trabalho poderia envolver um incentivo a que ela desse continuidade a isso de algum modo, fosse através de uma carreira, fosse, talvez, pedindo-lhe que escrevesse para o analista, diária ou semanalmente. Estamos lembrados do que aconteceu quando seu canal de comunicação literária foi rompido: quando não houve mais ninguém para reconhecer suas cartas, ela agrediu a srta. Duflos.

Levantamos a hipótese de que a solução de Aimée também envolveu assumir um lugar de exceção, o de ser a "eleita" de Deus. Ela não gritou isso ao mundo, porém o guardou mais ou menos para si. Essa posição também poderia ser afirmada e apoiada pelo analista, através de algum modo de lhe permitir que ela visse sua posição como singular. Talvez isso pudesse envolver o incentivo a que ela se visse como a professora especial do analista, o que, de certo modo, seria absolutamente correto. Todo paciente ensina algo ao analista, e, embora haja poucas razões para dizer isso a um neurótico, haveria boas razões, em certos momentos, para dizê-lo a um psicótico. O analista, nesse caso, poderia tentar ajudar o sujeito a encontrar formas de reconhecer essa dimensão de ensino e aprendizagem.

No caso de Sergei Pankejeff, temos uma pista sobre a questão da estabilização e a da transferência. Ele atingiu sua estabilidade máxima ao ficar na posição de colaborador do explorador freudiano. Isso lhe proporcionou um modo de evitar a questão não simbolizável do que significava ser filho para um pai, donde o clínico deve, sem dúvida, evitar uma postura paterna, enfatizando, antes, o trabalho conjunto de investigação da vida psíquica empreendido pelos dois. A aposta consistiria em que essa posição imaginária surtiria um efeito nos problemas corporais do paciente, e em que seus sintomas físicos o preocupariam muito menos. Assim, a relação terapêutica entre o sujeito e o analista se tornaria o espaço em que seria possível construir uma posição identificatória: ser colaborador.

Há também a possibilidade de uma mudança do físico para alguma forma de corpo de conhecimentos. Pankejeff era fascinado pela psicanálise e pela literatura, e tinha um vasto conhecimento de ambas. Se fosse possível manter sua posição de colaborador, seria de se esperar que houvesse a possibilidade de um deslocamento de seu questionamento interminável ao corpo físico – que lhe trazia tanto sofrimento – para um questionamento de outra forma de saber: não o saber médico sobre o corpo, mas o corpo de conhecimentos psicanalíticos, literários ou filosóficos, por exemplo. Nessa exploração, seria importante manter as questões em aberto, reconhecendo que, na ausência da operação simbólica

que estabeleceria uma limitação do sentido, sempre haveria uma interrogação interna no mundo de Pankejeff. Elaborá-la de maneira fecunda e não persecutória constituiria um dos objetivos de uma terapia.

Quanto a Shipman, embora o material sugira que dificilmente teria sido possível uma terapia, ainda podemos abstrair muitos detalhes do caso. Podemos conjecturar que uma identificação pelo lado da mãe permitiria certa estabilização, e que o papel dele como "o doutor" era sua maneira de ocupar o lugar da exceção: ser, talvez, o doutor que faltara à sua mãe. Isso mostra que a psicose pode ser perfeitamente compatível com uma vida "normal": manter o emprego, a família e granjear respeito na comunidade. Quanto aos homicídios, a grande pergunta a fazer é se os crimes de Shipman foram a verdadeira forma de sua psicose, ou, ao contrário, tentativas desesperadas de reencontrar essa forma, depois de ela ter sido destroçada por acontecimentos externos. Podemos aprender com esse caso que a psicose pode ser mantida estável por um papel profissional, o que significa que precisamos refletir com cuidado ao dialogar com o paciente que parece não ter sintomas externos.

O papel profissional pode ser um modo de manter uma fórmula funcional, de sustentar um lugar de exceção, ou de estabelecer um laço com um grupo ou uma causa abstrata. Em sua discussão do trabalho com sujeitos psicóticos no Centro Courtil, na Bélgica, Alfredo Zenoni descreveu como os esforços de educação e reabilitação foram postos de lado em favor de projetos de "autoelaboração", nos quais é comum os pacientes construírem papéis para si: trabalhador aposentado, artista, terapeuta voluntário, inventor ou veterano de instituições de saúde mental.[8] Tais identificações podem permitir que eles se vejam em termos de laços sociais já estabelecidos, não necessariamente para viver dentro destes, mas talvez para ocupar um lugar em suas margens, ou numa espécie de suspensão deles. Como vimos, esses papéis são compatíveis com a lógica da psicose da pessoa, e podem atraí-la para tipos diferentes de projetos.

Isso não deve ser confundido com os esforços padronizados de reabilitação que têm metas e desfechos predeterminados. Como assinalou Ellen Corin, o projeto de reestruturação do mundo de cada sujeito psicótico deve ser levado a sério. Seria um absurdo trabalhar em prol da "reabilitação", ignorando as estratégias e as significações que os pacientes elaboram sozinhos como parte desse projeto. Este envolveria estar "dentro" e "fora" do campo social, estar ligado a alguma rede, sem ser obrigado a interagir com outras pessoas ou a assumir um compromisso pessoal nessa interação. Os lampejos cruciais de discernimento expressos pelos sujeitos psicóticos devem ser respeitados e introduzidos como parte de qualquer processo terapêutico, para que, como

observa Corin, tais sujeitos possam encontrar um lugar num mundo real cujas contradições percebem, e não numa sociedade ideal que só existe na imaginação do terapeuta.[9]

Já em sua tese de 1932, Lacan havia observado que era comum os sujeitos psicóticos gravitarem para grupos religiosos, políticos ou beneficentes, especialmente os que têm uma causa definida, como a reforma social ou algum modo de promover o bem público.[10] O magistério e a enfermagem também eram populares, assim como as ordens religiosas e as Forças Armadas: essas profissões forneciam uma estrutura que podia assumir o lugar da dimensão simbólica faltante, ou o sentimento de devoção a um dever abstrato, como cuidar ou educar. As normas e os regulamentos, tal como encontrados principalmente nas Forças Armadas, sobretudo se revelavam úteis, por darem ao sujeito uma estrutura externa, compensando o sistema interno não estabelecido. Muitas comunidades terapêuticas, aliás, enfatizavam um sistema explícito de regras, com a ideia de que estas poderiam funcionar como uma forma de prótese da ordem simbólica, mas com a ressalva de nunca serem vistas como um capricho ou uma invenção de uma pessoa em particular, e sim aplicadas a todos como um esvaziado "a vida é assim".

Elaborar as estratégias terapêuticas de cada caso individual, portanto, depende crucialmente da compreensão de como a pessoa lidou com as coisas no passado: as perguntas fundamentais são o que a impediu de enlouquecer antes disso, e quais foram as circunstâncias de seu surto. Quando temos uma ideia de uma resposta a essas perguntas, ela ajuda na formulação das estratégias terapêuticas no presente. Quanto mais descobrimos sobre o desencadeamento do surto, mais podemos ter ideia do que é de simbolização impossível para essa pessoa, e isso pode nos ajudar a evitar empurrá-la na direção errada.

Saber o que proporcionou equilíbrio anteriormente – quer tenha sido a construção de um ideal, a adesão a uma imagem, a posse de uma fórmula funcional eficaz, a criação de uma prótese do sistema simbólico, o estabelecimento de uma lógica de exceção, o exercício de atividades capazes de limitar e denominar a libido, quer qualquer outra maneira que a pessoa tenha encontrado de atar o real, o simbólico e o imaginário – será importante para pensar nas possibilidades futuras. Ao termos uma ideia disso, as instruções para a terapia podem se tornar mais claras; entretanto, que forma pode assumir essa terapia? Ela tem fronteiras rígidas? É programática ou processual?

CURIOSAMENTE, o próprio trabalho de discutir as circunstâncias do

desencadeamento do surto e os processos que permitiam um equilíbrio anterior constitui, por si só, uma terapia. Em vez de conduzir o paciente por um questionário feito para acumular dados – provavelmente, mais para beneficiar a carreira institucional de outra pessoa, através de publicações, do que para ter algum valor científico –, o diálogo verdadeiro pode ajudar a estabelecer o senso de história do sujeito: uma história que, na verdade, pode ter estado inteiramente ausente.

Já vimos que alguns sujeitos psicóticos não têm história: uma "infância feliz", uma vida profissional e familiar rotineira, e assim por diante. Não é introduzido nenhum marcador que indique onde as coisas mudaram, que aponte os momentos de descontinuidade que caracterizam a vida humana. Outros psicóticos têm muita clareza sobre esses momentos de mudança, mas, na falta destes, pode ser muito útil permitir que eles os construam, através de um trabalho cuidadoso e feito com muito tato. Esse processo pode ser terapêutico, por estabelecer uma temporalidade: momentos de "antes" e "depois", capazes de funcionar como coordenadas simbólicas que permitam à pessoa situar-se e situar suas dificuldades. Ao invés de ser um objeto sem história, ela pode se tornar sujeito dessa história.

Esse trabalho deve envolver uma grande profusão de detalhes, com o clínico convidando o sujeito a apontar, datar e isolar os episódios e acontecimentos de sua vida. Criar distinções no que pode afigurar-se uma massa ou um fluxo ininterrupto de experiências é crucial nesse ponto. Podemos lembrar que o traço definidor do simbólico é exatamente esse: forjar divisões e contrastes num corpo de material não diferenciado. É sempre um momento importante quando um sujeito psicótico consegue criar um segundo significante, um novo termo que é diferente daquele que foi indicador de uma força destrutiva, intrusiva ou insuportável em sua vida, mas que se relaciona com ele. Um paciente melancólico falava continuamente de um "nada" que o oprimia, até um momento de progresso em que conseguiu diferenciar o "nada" do "vazio". Independentemente do conteúdo dessas palavras, o importante foi que se forjasse um binário mínimo, a célula básica do funcionamento simbólico.

Em outro caso, no qual o sujeito repetia interminavelmente "eu estou morto", foi a oposição entre "morto" e "inerte" que permitiu uma abertura de seu discurso, facultando-lhe pela primeira vez falar de outras coisas. Nessas situações, o clínico pode ajudar o paciente, enfatizando com cuidado uma palavra de sua fala que possa assumir essa função de segundo termo de um binário, e convidando-o a diferenciá-la do significante original e aparentemente monolítico. Outros exemplos incluiriam a diferenciação estabelecida pelo

paciente entre um “vazio” e um “vórtice”, e a separação, num caso de melancolia, entre as frases “eu o deixei ir embora” e “eu o deixei”. Aquilo que parecem ser inflexões banais de linguagem pode ser de importância vital no trabalho com o sujeito psicótico.

É através da inscrição mínima desses conjuntos de diferenças que a pessoa pode desenvolver uma grade com que ordenar, estruturar e dar sentido à sua experiência. Aos poucos, pode se construir um certo tipo de história, e a atenção para os nomes próprios e as datas pode ajudar a acentuar a dimensão de denominação e delimitação do sentido que vimos ser importantíssima na psicose. Se, sobretudo na esquizofrenia, é muito comum o sentido ser solto e potencialmente ameaçador, a denominação pode ajudar a bloquear sua deriva e seu deslizamento. Esse trabalho de designação também pode implicar que o terapeuta denomine certos aspectos da vida do paciente. Em vez de lhe impor uma visão de mundo, pode simplesmente tratar-se, nesse caso, de lhe oferecer algumas palavras – quando necessário –, em geral retiradas da fala do próprio paciente.

A prática de denominar, nessas situações, pode seguir a lógica do uso de neologismos pelo próprio psicótico: como observaram Tanzi e seus colaboradores, as palavras inventadas tendem a se referir à experiência de perseguição e às diferentes formas de ataque usadas pelo perseguidor. Em termos analíticos, o desejo não mediado do Outro: esse é o ponto exato em que o sujeito é obrigado a criar uma palavra nova, a usar os recursos da linguagem para estabelecer algum tipo de limite. Aprendendo com isso, o terapeuta pode introduzir palavras precisamente nesses momentos, encorajando o paciente a dar nome a essas experiências e propondo nomes retirados do próprio discurso dele.

Similarmente, pode ser decisivo nomear a experiência de perseguição por um membro da família. Ao se ligar uma palavra específica à mãe ou ao pai, por exemplo, pode ocorrer uma delimitação do sentido, atenuando o sentimento de perseguição. Esses momentos – necessariamente raros na terapia, a fim de preservar seu impacto – têm mais a ver com o ato de denominar enfaticamente do que com o de sugerir ou propor. Concentram-se em manifestações do desejo do Outro, quer se trate dos atos ou da fala de um genitor, um parceiro, um amigo ou um colega: qualquer coisa que leve o sujeito a ter uma sensação de enigma ou ameaça. O ato de denominação do clínico pode enfraquecer a ameaça invasiva, mas, obviamente, deve ser um evento raro, para que não se reinstaure a própria situação de perseguição que a terapia pretende desfazer.

Esse processo pode ocorrer de forma inadvertida. Um dia, saí de uma sessão para atender à porta e receber o correio. A paciente me ouviu dizer “olá,

carteiro” e me explicou, anos depois, que esse tinha sido o momento mais importante de sua terapia. Isso, mais do que qualquer de minhas intervenções terapêuticas diretas ao longo dos anos, havia realmente modificado as coisas para ela. A paciente se recordou de quando, na infância, folheava um livro em que havia a representação de uma cena numa fazenda, e se sentia aliviada pelo fato de os elementos que a compunham poderem ser nomeados e contados. Eles eram finitos e, assim, ela podia dizer “olá, gansos”, “olá, patos”, “olá, ovelhas”. O momento em que denominei o carteiro foi importante para ela por representar um vínculo entre a palavra e a coisa, entre significante e objeto. O mundo, a partir daí, tornou-se mais estável.

É interessante observar, neste ponto, que algumas abordagens da psicose se beneficiam desse princípio, sem o reconhecerem plenamente. A abordagem do DSM e de muitas terapias cognitivas incentiva os sujeitos psicóticos e seus familiares a verem os sintomas da psicose como doenças externas, sejam estas entendidas como biologicamente determinadas ou como resultantes de erros de aprendizagem. Embora essa visão seja fácil de criticar, o próprio gesto de dar nome aos sintomas e “objetivá-los” pode ser útil para alguns sujeitos psicóticos. Tem a função já discutida de estabilizar o sentido. E é por isso que, às vezes, as terapias cognitivas são úteis nesses casos: elas dão ao sujeito uma linguagem, um modo de nomear e ordenar sua experiência.

O trabalho de ajudar o sujeito psicótico a criar uma história, através da denominação, datação, isolamento e detalhamento, enfatizado por Harry Stack Sullivan, é, em certos sentidos, uma tarefa secretarial.[11] De fato, Lacan definiu o lugar do analista no trabalho com os psicóticos usando uma antiga expressão psiquiátrica: “o secretário do sujeito alienado”. Trata-se de uma forma realmente esplêndida de dizê-lo. Afinal, um secretário não interfere – ou não deve interferir – demais; ele anota coisas; verifica, confirma e pede esclarecimentos; lembra o sujeito de alguma coisa, quando necessário; ajuda a organizar horários e os aspectos difíceis da vida; é confiável, ao que se espera; tende a ocupar o mesmo espaço estável; tal como o clínico, pode pedir ao sujeito para falar mais sobre algo, datar, fornecer detalhes, dar nomes e isolar, a fim de fazer suas anotações; não tenta impor uma visão de mundo nem dizer ao sujeito que ele está errado; e, vez por outra, pode fazer alguma coisa inusitada, como expressar enfaticamente uma opinião. E, é claro, ser secretário significa não ser patrão.

Os DEVERES SECRETARIAIS introduzem outro fator importante no trabalho terapêutico com sujeitos psicóticos. É comum o secretário pedir ao patrão para ir

mais devagar, para repetir uma palavra que ele não captou muito bem, ou ajudá-lo a lembrar de alguma coisa. Trata-se de um trabalho de pontuação, e os pontos, vírgulas e travessões que ele cria permitem que uma história seja construída. Sem os sinais de pontuação, nenhum de nós teria história alguma. No entanto, pontuar vai muito além dessa dimensão semântica. Através do ritmo das sessões, de sua frequência, seus horários e seus términos, ocorre também um tipo diferente de pontuação, que tanto afeta a libido quanto a questão da significação e da história.

Os fenômenos psicóticos são frequentemente vivenciados como ininterruptos. Schreber queixava-se dos tormentos intermináveis de seu corpo e do comentário perpétuo de suas vozes. Não há descanso no sentimento de agudo pavor, nas sensações físicas, nas vozes, na impressão de ameaça ou perigo para o ser do sujeito. Este talvez nem seja capaz de imaginar que aquilo que o assalta possa parar em algum momento. Os clínicos sabem, por exemplo, que é inútil dizer a um maníaco-depressivo, quando em estado de profundo abatimento, que as coisas logo vão melhorar. Os fenômenos psicóticos invasivos têm uma continuidade que os torna ainda mais insuportáveis, e a pontuação é um modo de tentar trabalhar contra isso. Ela introduz um ritmo básico de presença e ausência, uma espécie de negatividade em série, talvez semelhante à dos dispositivos mecânicos descritos por Joey: “As máquinas”, dizia ele, “são melhores que as pessoas. As máquinas podem parar. As pessoas vão mais longe do que deviam.”[12] O ritmo das sessões é um modo de introduzir um corte simbólico na continuidade dos fenômenos, mesmo que o conteúdo efetivo das sessões não seja especialmente importante. Se o sujeito em estado maníaco, por exemplo, tem sessões repetidas e de duração variável num mesmo dia, às vezes ele consegue acalmar-se, ainda que as sessões durem apenas alguns minutos.

É óbvio que o terapeuta tem que ter a possibilidade de trabalhar dessa maneira, com um horário flexível e com o uso de sessões sem duração fixa. Um paciente em crise pode ter qualquer número de sessões entre uma e doze por dia, com a ênfase incidindo na ruptura do sentimento apavorante de continuidade imposto pela psicose. É importante refletir cuidadosamente sobre essa questão da frequência e duração das sessões, pois ela constitui um instrumento valioso no trabalho com a psicose. É óbvio que deve ser usada pelo clínico com prudência, e o paciente deve ser apresentado à prática das sessões de duração variável. De pouco adiantaria, por exemplo, encerrar uma sessão depois de cinco minutos, sem nenhuma explicação prévia, com alguém que se queixe de ser sempre rejeitado. Contudo, desde que o paciente reconheça o princípio, se ele disser alguma coisa marcante sobre essa questão, exatamente, talvez seja boa

ideia encerrar a sessão nesse momento. Afinal, encerrar introduz uma pontuação, gerando efeitos em muitos níveis diferentes.

Podemos contrastar a ideia dos efeitos da pontuação com o dogma clássico de que a terapia visa proporcionar discernimento. Presume-se que o terapeuta escute o paciente e depois lhe transmita o significado do que ele disse. O reconhecimento de que os fenômenos psicóticos tinham um significado oculto foi empolgante para a primeira e segunda gerações de discípulos de Freud, mas levou à ideia equivocada de que o tratamento consistia num processo equiparável de explicação do sentido. Ironicamente, foi essa própria ideia que levou tantos autores a concluírem que a terapia com sujeitos psicóticos realmente não funcionava. A compreensão pode ser útil às vezes, mas, como programa do trabalho terapêutico, pode rapidamente tornar-se invasiva e persecutória.

Neste ponto, temos de lembrar que, para muitos sujeitos psicóticos, o mundo já significa coisas demais. Se tudo lhes envia uma mensagem, talvez a última coisa que eles queiram seja outra mensagem. E se, em sua infância, as pessoas que cuidavam deles sempre sabiam "demais", observando-os sem cessar, ou afirmando conhecer seus pensamentos e intenções, o clínico deve adotar uma postura muito diferente, intervindo não de um lugar de saber e significação, mas, ao contrário, de um ponto de não saber: mais como estudante do que como professor.

Alguns analistas e psiquiatras que emigraram para os Estados Unidos, como Frieda Fromm-Reichmann, reconheceram esse fato nas décadas de 1940 e 1950, afirmando que era a dinâmica da comunicação, e não a interpretação do "conteúdo" do que o paciente dizia, que levava à mudança.[13] O que tinha impacto era menos o sentido do que o terapeuta tentava transmitir do que, talvez, o esforço real de compreender. A pontuação é um aspecto disso e funciona através do sentido e fora do sentido: e é exatamente essa a sua vantagem, em termos clínicos. Numa psicose em que o sentido parece estar sempre mudando – como em algumas formas de esquizofrenia –, o terapeuta precisa usar outras ferramentas que não o sentido em si.

O psicanalista Jean-Max Gaudillière descreveu que, quando teve que viajar ao Alasca, concordou em telefonar todos os dias para um de seus pacientes psicóticos, enquanto estivesse fora. Estava preocupado com o caso, uma vez que havia um perigo real de suicídio. Ao chegar a seu destino, telefonou e disse ao paciente que eram 9h da manhã, que era quarta-feira e que tornaria a telefonar no dia seguinte, no mesmo horário.[14] O que há de esclarecedor nesse episódio é que, especificamente, Gaudillière não perguntou ao paciente como ele estava. Em vez

disso, apenas forneceu as coordenadas simbólicas mínimas: onde ele estava, que horas e que dia eram, e que telefonaria no dia seguinte. Isso nos faz lembrar os famosos telegramas do pintor On Kawara, enviados todos os dias durante décadas, simplesmente fornecendo a data e dizendo que ele ainda estava vivo. Os telefonemas, assim como os telegramas de Kawara, foram uma forma simples e nítida de pontuação, expressando não apenas que o psicanalista ainda estava lá, mas introduzindo um corte na continuidade da experiência do sujeito – uma coordenada que, em alguns casos, pode ser exatamente a diferença entre a vida e a morte.

Os psiquiatras existenciais captaram a importância disso, em sua ênfase em ajudar o sujeito psicótico a "historiar".[15] Isso significava não apenas a elaboração da própria biografia, o mapeamento dos momentos significativos da vida, mas também o trabalho cotidiano de pontuar o tempo. Como assinalou Werner Mendel, a simples afirmação "vejo você amanhã, às 10h" pode ser a intervenção mais importante que o terapeuta é capaz de fazer. Talvez esse ato mínimo seja o que separa o passado e o futuro e abre a possibilidade de se estabelecer uma historicidade. Como disse uma psicótica, "Descobrir uma maneira de existir não tem a ver com estarmos juntos no consultório, mas com a passagem dos intervalos entre as sessões. É isso que permite que se insinue uma separação" – a separação vital para a sobrevivência dessa paciente.

As mensagens de texto também se tornaram, agora, uma ferramenta comum na terapia dos sujeitos psicóticos. Descrevi anteriormente o caso do homem que me enviava mensagens com as palavras de suas alucinações auditivas, a fim de afastar de si a força interpeladora delas, o que lhe permitia fugir do lugar de seu único destinatário. O uso de mensagens de texto pode estimular o sujeito a se comunicar, a escrever e a fazer alguma forma mínima de inscrição. Todavia, é crucial reconhecer que a comunicação, muitas vezes, não é o objetivo primário dessas práticas. Como disse Zenoni, com os fenômenos psicóticos, a verdadeira pergunta clínica é menos "o que significa isso?", ou "o que está sendo expressado?", do que "que função tem isso?", "o que está sendo tratado?", "que utilidade isso tem para a pessoa?".

Um de meus pacientes me manda umas duas mensagens de texto por dia, para me perguntar se ainda estou vivo, e há, sem dúvida, uma multiplicidade de maneiras de interpretar isso. Um analista britânico das relações objetais poderia supor que se trata, na verdade, de um sinal de agressão em relação a mim: o paciente me pergunta se estou vivo por ter medo de haver me ferido. Ou isso poderia ser interpretado como o medo da morte de alguém, fazendo eco a algum aspecto da história do paciente. Embora possa haver alguma verdade em cada

uma dessas interpretações, há também certa atividade simbólica de pontuação no ritmo cotidiano dos textos e respostas, atividade esta que talvez ultrapasse a dimensão da significação: talvez tenha mais a ver com a sintaxe do que com a semântica. Envio respostas mínimas, apenas para dizer que sim, continuo vivo.

Outra paciente me mandava várias mensagens de texto por dia, não em frases, mas apenas com palavras e números isolados. Isso lhe permitia, segundo me disse, "livrar-se da excitação" da mente e do corpo. Antes disso, ela precisava masturbar-se repetidas vezes até mesmo para sair de casa, a fim de tentar escoar um pouco dessa excitação mórbida. Vemos aí, mais uma vez, uma ilustração da ideia de libido: menos uma sensação prazerosa do que uma intromissão perturbadora, que precisa ser eliminada ou mantida à distância. O envio de mensagens de texto e, mais tarde, a escrita permitiram que ela canalizasse esses estados de excitação, atenuando as sensações agudas e indesejadas que a invadiam.

O redirecionamento da função de destinatário, permitido pelas mensagens de texto, também pode esclarecer certos aspectos clínicos da transferência que encontramos na psicose. A dedicatória do livro de Schreber à atenção de "todas as pessoas cultas que se interessam por questões relacionadas com o além" é frequentemente citada como exemplo de um apelo ao destinatário, um sinal positivo do processo de estabilização. Assim como o pequeno Anthony dirigia ordens e chamados a seu brinquedo de pelúcia, como se estivesse criando um interlocutor e, portanto, domando a função de interpelação, Schreber se empenhou em transmitir os vetores que o singularizavam. Quando um paciente me disse "Tenho que transformar você num ouvinte", isso poderia ser entendido no mesmo sentido: distribuir o que significa, para o próprio sujeito, ser ouvinte e se defender disso. E porventura *fazer-se interpelar* não é uma resposta ao fato de ser interpelado?

Num caso narrado por Harold Searles, um paciente muito perturbado e violento, em Chestnut Lodge, lançava olhares rápidos à sua volta, e o terapeuta lhe perguntou se estava ouvindo vozes. "Não estou ouvindo vozes", veio a resposta, "estou procurando minhas duas moscas de estimação, Lum e Abner."[16] O terapeuta viu que, de fato, havia duas moscas zumbindo perto da janela. Nenhuma referência foi feita a esses personagens durante um ano, até o momento em que o paciente pôde começar a falar das vozes aterrorizantes que lhe invadiam a mente naquela época. Eram vozes femininas que lhe diziam para se enforcar, para arrancar seus olhos e para arrebentar a cabeça numa porta. Essas vozes tinham sido condenatórias, explicou ele, mas o primeiro sinal de esperança havia surgido quando elas lhe disseram que mandasse Lum e Abner

voarem para uma fábrica em sua cidade natal e pousarem numa determinada máquina de lá. Essa, tinham dito as vozes, era sua única chance de esperança. “Pode parecer esquisito”, declarou ele, “mas, até aquele momento, eu não tinha nenhuma esperança, e achei mesmo que aquela *era* a minha chance.” Ele aguardara até ficar sozinho para dizer isso às moscas; caso contrário, tinha pensado, as pessoas o considerariam louco.

Embora sem dúvida pudéssemos fazer mais interpretações sobre o significado das moscas, da cidade natal e da máquina, o detalhe fundamental nessa vinheta talvez seja a modulação da função de destinatário. O paciente já não é o único destinatário das vozes: elas não lhe dizem alguma coisa, simplesmente, mas *lhe dizem para dizer algo às moscas*. Essa transformação simples, mas espantosamente importante, de sua experiência de ser objeto das vozes coincidiu com sua melhora clínica. Já não sendo ele próprio o objeto, coube-lhe a tarefa de transferir, de agir como um transmissor para as vozes. Foi essa operação, sem dúvida, que permitiu o surgimento da esperança em seu mundo persecutório aterrador. Já não lhe estavam dizendo algo, mas *dizendo-lhe para dizer*.

Modular e redirecionar a função interpelativa numa terapia podem ser cruciais para o sujeito psicótico. Às vezes o terapeuta sofre com a sensação de que é demais suportar seu próprio funcionamento como transmissor, e há casos em que ele recua desse lugar. No caso clínico que discutimos no Capítulo 7, escutar as “cismas” do paciente talvez fosse difícil, mas também poderíamos supor que a intensidade do vetor interpelativo que elas transmitiam era proporcional ao sentimento de perseguição que o paciente experimentava. Através da modificação da função de destinatário, é possível criar circuitos que acabam indo além do paciente e do terapeuta, chegando a um público de leitores, ouvintes, ou, como no caso do paciente de Searles, moscas.

QUE LUGAR OCUPA o terapeuta aqui? Dificilmente seria um lugar confortável. O tato, a sensibilidade e o uso ocasional da força ilocucionária não são fáceis de combinar, e todo clínico comete erros no tratamento da psicose, erros estes com os quais existe a esperança de que ele aprenda. Particularmente difícil, para muitos terapeutas, é aceitar ser objeto das projeções do paciente. Entretanto, qualquer terapia digna de tal nome envolve isso, à medida que os sentimentos de amor, ódio e perseguição passam a se concentrar no clínico. Algumas formas de terapia insistem em que esses sentimentos sejam analisados tal como ocorrem e no momento em que ocorrem, ou explicados ao paciente como resultado – justamente – da projeção. Essa estratégia, é claro, é mais útil para o terapeuta

que para o paciente, pois lhe dá um modo de lidar com sua própria angústia. Para o paciente, no entanto, ela pode ser catastrófica, por diversas razões.

Para começar, nega a legitimidade de suas ideias e sentimentos. Diz-lhe que o que ele sente não é correto, o que constitui uma manobra curiosa, considerando-se que inúmeras teorias da psicose nos dizem que o problema da infância do sujeito é exatamente o fato de seus sentimentos e ideias não terem sido adequadamente processados ou levados a sério pelos que cuidavam dele. De modo ainda mais significativo, porém, tal manobra tenta paralisar a mobilização da libido que a projeção e a transferência necessariamente envolvem. Para ajudar alguém a conseguir reorganizar seu mundo, seria crucial o terapeuta aceitar ser o objeto odiado durante muito tempo, talvez por muitos anos. Ser apreciado nem sempre é tão relevante quanto parece, e ninguém deve praticar a terapia se der importância a ser ou não ser querido. Como assinalou Edith Weigert muitos anos atrás, quando a autoestima do terapeuta depende de ele comprovar seu sucesso terapêutico, ele deve recusar esse trabalho e poupar o paciente da experiência de ser abandonado.[17]

Como disse uma esquizofrênica ao escrever sobre suas experiências, “Odiar é como fazer cocô. Se você caga, isso mostra que você está viva, mas, se o médico não consegue aceitar seu cocô, isso significa que ele não quer que você fique viva.” Aceitar e suportar o ódio, portanto, é essencial. Como prosseguiu essa paciente, “O médico tem que mostrar que sente o ódio, mas é capaz de compreendê-lo e não ficar magoado por causa dele. É um horror quando o médico se magoa com a doença.” Se parte do trabalho da terapia é permitir que o sujeito crie um ponto de foco para a libido invasora com o qual possa viver, o terapeuta deve, para localizar a libido do sujeito de um novo modo, concordar em se tornar esse próprio foco.[18]

O mesmo se aplica à confiança. A confiança básica entre paciente e terapeuta costuma ser considerada essencial e até o fator fundamental no tratamento, devendo ser criada ali onde falhou com os pais. Mas há casos em que a reorganização do mundo do paciente depende da localização do elemento falho e indigno de confiança na figura do terapeuta. Haverá inúmeros casos em que o terapeuta precisará realmente mostrar que é confiável, e não maléfico, mas há também casos em que se verifica o inverso. Nesse aspecto, a chave é a sensibilidade para o discurso do paciente e para a lógica do mundo que ele habita. Ser a parte má e odiada do mundo dele pode permitir que esses sentimentos se desloquem para longe de outro lugar, e pode constituir um passo num longo processo de mudança. O fato de o terapeuta aceitar ser odiado pode ser precisamente o que permite ao paciente voltar à vida. Curiosamente, alguns

terapeutas – quase sempre homens – relatam que, para eles, é mais fácil suportar o ódio que o amor do paciente.

Para situar esses aspectos da terapia, o clínico deve tentar elaborar o lugar que ele passou a ocupar no mundo do paciente e refletir profundamente sobre as consequências disso. O desejo de ajudar o paciente, ou a manifestação de ternura ou benevolência, pode ser de fato um desastre, se essa questão não tiver sido previamente levada em conta. O psiquiatra Yrjö Alanen descreveu seu trabalho com Sarah, sua primeira paciente de longo prazo. Essa jovem tinha sido hospitalizada depois de entrar em delírio na universidade, acreditando-se objeto de experimentos e médium de espíritos e pessoas muito distantes, que se alternavam para falar através de seu cérebro. Suas vozes acabaram por se condensar numa só, a do Guia, um ser que vivia dentro dela. O trabalho terapêutico evoluiu bem e Sarah recebeu alta, continuando em terapia por mais de um ano. Fatores diversos levaram a uma exacerbação de sua psicose, e Alanen achou que uma nova internação seria necessária. Sarah ficou exasperada e, a certa altura, apoiou a cabeça na mesa, em desespero. O psiquiatra, com um sentimento de solidariedade, começou a lhe afagar lentamente o cabelo. No mesmo instante, Sarah levantou a cabeça e disse que agora ouvia a voz dele dentro de si: “Yrjö Alanen está falando, ele se tornou meu Guia.”[19]

Posteriormente, Alanen percebeu que deveria ter estado mais atento ao que vinha acontecendo no relacionamento dos dois, uma vez que, na verdade, Sarah havia começado a usar em sua fala expressões médicas ligadas a ele antes desse episódio. Assim, Yrjö poderia ter conseguido evitar o novo e arriscado lugar de uma instância influente. Mas resta ainda a questão de como o terapeuta deve responder quando o delírio de um paciente o coloca nesse lugar. Alanen descobriu-se no lugar do Outro para Sarah, e não no de um secretário ou um par, correndo o risco de transformar um trabalho útil e de apoio numa tarefa persecutória. Uma vez instalado na psique de sua paciente como Guia, o que faria ele?

Mais uma vez, não há resposta pronta, e tudo depende das particularidades de cada caso. Alanen soube, a partir daí, que teria de evitar o lugar do Outro com seus pacientes, mas quais são as posições alternativas sustentáveis? O lugar de homólogo imaginário talvez pareça uma opção melhor que o lugar potencialmente ameaçador do Outro, porém também ele tem seus próprios problemas. Se o terapeuta fica literalmente no lugar de uma imagem especular para o sujeito, que escolha tem este senão desaparecer ou destruir o terapeuta? O estádio do espelho, convém lembrar, não é simbolicamente mediado no psicótico como foi no sujeito neurótico. É um espaço de “ou você ou eu”, com frequência

associado à paranoia. É por isso que as situações especulares podem ser de grande perigo, tanto para o sujeito psicótico quanto para os que o cercam.

Na terapia de Renée, esse perigo do espelhamento foi contrabalançado por sua própria insistência em evitar os pronomes “eu” e “você”.[20] Sechehaye, diz-nos ela, fez “um bem incrível” ao usar o pronome na terceira pessoa. Referia-se a sua paciente como “Renée” e a si mesma como “mamãe”. O trabalho delas era o de “mamãe e Renée”, e não o de “você e eu”. “Quando por acaso ela usava a primeira pessoa, abruptamente, eu já não a reconhecia e ficava com raiva por ela haver, com esse erro, rompido meu contato com ela. Assim, quando ela dizia ‘Você vai ver que, juntas, você e eu vamos lutar contra o Sistema’ (o que eram ‘eu’ e ‘você’?), não havia realidade para mim.” Podemos observar aqui que o problema ocorre no exato momento em que é evocada uma triangulação entre o “você e eu” e o “o Sistema” – exatamente a configuração de lugares que corre o risco de ter como efeito desencadear ou exacerbar a psicose, como vimos no Capítulo 7.

Todavia, há casos em que, faça o terapeuta o que fizer, o paciente tenta, de forma resoluta, recolocá-lo no lugar do Outro ou da imagem especular.[21] O terapeuta é sistematicamente identificado com uma poderosa fonte de saber, ou com uma espécie de duplo. O paciente pode pedir-lhe sem parar que o instrua e lhe diga o que fazer – talvez como o Guia de Sarah –, ou imitar o terapeuta e experimentar um sentimento pavoroso de exclusão, quando não faz o que imagina que ele esteja fazendo, ou não tem o que acredita que o terapeuta possua. Nesses casos, uma vez que tenha reconhecido a natureza da transferência, o terapeuta deve fazer o melhor possível para não ocupar esse lugar, ou, mais precisamente, para ocupá-lo sem abusar dele – por exemplo, sem dar instruções nem partilhar coisas demais com o paciente. Em vez de impor sua “compreensão”, que pode acabar por transformá-lo num perseguidor, o terapeuta tem que estimular o processo de indagação, reconhecendo um ponto de não compreensão, mas evitando o sentimento demasiadamente grande de enigma ou mistério.

Aqui, a posição do terapeuta envolve sempre a comunicação de sua própria falta: falta de conhecimento, de poder, de discernimento, de mestria. Visto que, com muita frequência, o sujeito psicótico sofre da proximidade excessiva do Outro – um genitor ou um responsável, um perseguidor etc. –, é vital indicar que um espaço diferente está disponível na terapia, ou pode ser construído nela. Pensemos no já citado caso em que os furtos praticados pelo paciente em lojas foram uma fase inicial de seu progresso: ele havia encontrado um modo de se furtar ao olhar onipresente do Outro. A criação de um espaço livre dessa

presença invasiva do Outro é crucial para o psicótico, e por isso a terapia deve se adaptar a essa exigência, respeitando a necessidade de um espaço vazio. As terapias que almejam "conhecer" o paciente, ou lhe dizer "quem ele é", podem ser realmente desastrosas, já que não ser conhecido, ou preservar certa distância, pelo menos, pode ser a diferença entre a vida e a morte. É também a razão por que tantos psicóticos buscam o anonimato em sua vida.

O mesmo se aplica às instituições, nas quais o trabalho deve seguir a lógica correspondente: o meio deve expressar sua incompletude ao paciente, deixar claro que existe um espaço vazio em que ele pode construir algo. É possível que isso seja muito difícil para os terapeutas e funcionários, que talvez se sintam mais seguros na posição de especialistas, mas, em última instância, essa posição é inútil para muitos sujeitos psicóticos.

OS TERAPEUTAS QUE ESCREVERAM sobre o trabalho prolongado com psicóticos observam com frequência a natureza "diádica", "fusional" ou "simbiótica" da transferência. É como se terapeuta e paciente ficassem grudados, sem a admissão de um terceiro. A demanda de sessões pode parecer voraz, e a sede da presença do terapeuta nunca é saciada. Como assinalou Robert Knight, o terapeuta que exerce um trabalho prolongado com sujeitos psicóticos tem que estar apto a enfrentar uma intensa turbulência afetiva, demandas insaciáveis, manobras de testagem provocadoras e explosões de ódio, para não falar das comunicações confusas.[22]

Pioneiros como John Rosen chegavam a fazer sessões de dez horas com os pacientes, e Sechehaye passava, com frequência, dias inteiros com Renée. Esse trabalho intenso tendia a ser estafante: era comum os períodos de progresso serem seguidos por períodos terríveis de sofrimento e retraimento, como se a proximidade estabelecida só fizesse prenunciar uma rejeição. O amor só pode terminar em destruição mútua. Assim, o paciente se retrai. O excesso de proximidade é insuportável. Justo quando as coisas correm bem, o paciente presume que o terapeuta possa abandoná-lo por capricho. Mudanças minúsculas, como uma leve rouquidão, são entendidas como sinais de rejeição, e as férias e os feriados podem ser vividos como abandonos e traições impensáveis.

Essa relação "simbiótica" muitas vezes se explica em termos da experiência infantil da pessoa. A mãe quer que o filho reaja a ela, que a reconheça como mãe, talvez. Pressiona a criança para que esta vivencie o mundo à maneira dela, mãe, e especialmente o mundo dos sentimentos, motivos e pensamentos. Essas demandas podem assumir um caráter de tudo ou nada, e a criança fica altamente

sintonizada nos estados de espírito e nos processos de pensamento maternos. Fica presa, como observou Helm Stierlin, entre aceitar a mutilante definição de realidade da mãe e perder o amor dela.[23] Daí a notável intensidade da transferência e a capacidade de muitos psicóticos de adivinhar com extrema precisão os estados de espírito do terapeuta. Como disse Stierlin, o psicótico é um "superespecialista em compreender as comunicações inconscientes". Mas o que deve fazer com isso? Incapaz de dar um sentido, um alcance e uma perspectiva a esses dados, ele fica à mercê da significação. A agudeza disso na transferência também é vivenciada como uma ameaça e, às vezes, as intervenções e a presença do terapeuta tornam-se ameaçadoras e invasivas. Daí os períodos de retraimento e vingança.

O paciente pode supor que é o único objeto da atenção do terapeuta, caso em que a visão de outro paciente passa a ser vivenciada como a mais estarrecedora traição. Mais uma vez, é frequente teorizar-se isso em termos da relação mãe-filho. O paciente reviveria um estado inicial de fusão com a mãe, ou tentaria encenar o tipo de situação de cuidado parental do qual, na verdade, viu-se privado. Alguns terapeutas recomendam que se leve isso até o fim, efetivamente tentando ser o pai ou a mãe que o paciente nunca teve, enquanto outros procuram analisar a situação, em vez de colocá-la em prática. Para alguns terapeutas, a opção pelo papel parental pode ter o sentido de efetivamente alimentar e cuidar do paciente, tanto em termos físicos quanto emocionais. Ainda que os sentimentos se mantenham positivos nesse caso, a experiência pode ser excessiva, ou, como assinalou Arieti, alguns terapeutas ficam tão sobrecarregados que pensam em se mudar para outras cidades, ou até outros países, para fugir do amor devorador de um paciente.

Foi Gertrud Schwing, enfermeira psiquiátrica e, posteriormente, analista, quem publicou um livro popular inovador, em 1940, sobre a importância de maternalizar o paciente, dando-lhe o que lhe faltou no início da vida. Sechehaye fez exatamente isso no caso de Renée, deixando-a comer uma maçã em seu seio, porém suas intervenções, em contraste com as de Schwing, baseavam-se numa teoria do simbolismo. É significativo que inúmeras terapias baseadas no modelo mãe-filho envolvam objetos materiais, e não simplesmente a fala, como se houvesse uma tentativa de estabelecer o processo básico de simbolização. Sechehaye mapeou as etapas sucessivas deste, à medida que Renée tornou-se capaz de comer alimentos não exclusivamente fornecidos por ela e de usar bonecas como objetos representativos, e não meramente materiais.

Como disse uma paciente minha, "Preciso de uma coisa física para cuidar e devolver. Preciso de muito, muito concreto." Seus pedidos de alimento eram

explicados com clareza: “Não é que eu queira alimento. Mas se você me der comida, ela vai me ajudar a criar um corpo para englobar a comida.” Apesar de não irem tão longe quanto Sechehaye, com suas maçãs colocadas no seio, muitos terapeutas descrevem o uso de objetos em seu trabalho com esquizofrênicos, e aqui talvez o fator fundamental seja o modo como estes mudam de função no correr do tempo. Um objeto nunca está isolado, mas, como deixou claro minha paciente, faz parte de uma interação, uma troca. Poderíamos lembrar, neste ponto, o exemplo freudiano da criança brincando com o carretel de linha, brincadeira em que agarrar e atirar o objeto eram acompanhados por uma vocalização: era a presença das palavras que permitia a simbolização da ausência da mãe. E assim, em alguns casos, um objeto material torna-se necessário para funcionar como apoio do processo simbólico, para ajudá-lo a deslanchar.

Essas formas íntimas e intensas de terapia nos ensinam muito, mas, como assinalou Arthur Burton, o paciente pode percorrer uma trilha estreita entre destruir o terapeuta e encontrar seu “renascimento” através dele. Em vez de enxergarmos essas opções como desfechos distintos na terapia, podemos vê-las, na verdade, como partes de um mesmo processo: em certo sentido, a destruição é necessária, mas o que é que deve ser destruído? Será que se trata de uma destruição física real ou de uma anulação simbólica, depois de o terapeuta ser identificado com algum aspecto da libido do paciente? Gérard Pommier observou que o sujeito psicótico pode tentar devorar o clínico nessas terapias “simbióticas”, e que a prática das sessões curtas pode responder a isso, demonstrando que o terapeuta sobreviveu, “pelo menos até a sessão seguinte”. Com efeito, o lugar do que se poderia chamar de amor e ódio orais não deve ser subestimado. Como disse uma de minhas pacientes, “não quero ter um romance com você nem trepar com você. Só quero devorá-lo inteiro, de uma vez só. É isso ou nada.”[24]

Não raro sucede à pessoa psicótica, consciente desses perigos de um relacionamento humano estreito, tentar criar suas próprias formas de distanciamento artificial. Podemos relembrar aqui o caso discutido no Capítulo 8, no qual um rapaz inventou uma espécie de métrica para lidar com os vizinhos do prédio em que morava. Para citar outro exemplo, um esquizofrênico descreveu que, dentre todos os possíveis terapeutas que lhe seria viável consultar, escolheu uma que tinha um perfil público no próprio campo dele: havia publicado muitos artigos e era mencionada com frequência na literatura especializada. No entanto, depois de iniciar a terapia, o paciente fechava os olhos para qualquer ocorrência do nome dela e isolava num armário as publicações que contivessem qualquer referência a ela. Tivera consciência disso

ao escolhê-la, como se precisasse criar uma distância artificial, um tipo especial de relacionamento que tivesse uma barreira embutida. Em vez de a "fobia" ser um produto da terapia, ele explicou que a terapeuta havia feito parte de sua estratégia inicial: ele sabia que a terapia só seria possível se conseguisse criar uma distância preliminar dentro dela.

Muitas tradições terapêuticas tentam evitar, desde o início, o perigo das relações exclusivamente diádicas, introduzindo uma equipe terapêutica, em contraste com um único terapeuta, bem como a possibilidade de atividades, seminários e grupos que visam contrapor-se à dependência excessiva de uma única figura. Essa multiplicação dos pontos de apego pode ser muito eficaz, embora sempre haja alguns casos em que, seja qual for a variedade dos processos terapêuticos, uma pessoa é eleita como objeto primário da transferência. Lacan descreveu esse aspecto da transferência na psicose como uma "erotomania mortificante",[25] expressão que tanto tem amplo alcance quanto possui exatidão técnica. A erotomania envolve a crença em que se é objeto especial do amor de outrem, e também pode se referir a um amor singular e persistente por outra pessoa. É verdade que, no tipo de trabalho terapêutico de longo prazo que estamos discutindo, a relação comumente tem isto como estrutura: um vínculo especial, entendido de diversas maneiras pelo paciente, que tem efeitos mortificantes, no sentido de introduzir certa negatividade. Isso pode ocorrer ao preço da inércia, mas também pode beneficiar o paciente, por criar uma estabilidade, uma nova configuração libidinal. Nesses casos, é difícil imaginar como terminaria a terapia – e, de fato, talvez haja boas razões para aceitar que ela nunca termine.

Algumas terapias prosseguem "pela vida afora", e os terapeutas mais experientes têm casos em que passam décadas trabalhando. Uma de minhas pacientes descreveu que, mesmo que parasse de comparecer às suas sessões, eu continuaria lá como "bolhas da lua": "Você é feito uma coisa que está sempre ali e, se há acontecimentos na sua vida, eles mais parecem ideias ou coisas que eu sei que acontecem, mas de que, na verdade, não tenho provas – você é que nem as bolhas da lua." Essa invenção curiosa denominava, para a paciente, a posição estranha e excêntrica que ela me concedera, e que era muito diferente do lugar mais persecutório que eu havia ocupado para ela quando do início de sua terapia, anos antes. Por mais espaçadas que fossem as sessões, a "coisa" continuava presente para ela.

Quando iniciei o trabalho clínico, meus professores foram inequívocos quanto a isto: paciente psicótico é para a vida inteira, disseram. Alanen descreveu um caso no qual trabalha há 38 anos. O clínico deve estar preparado para esse

trabalho que se arrasta longamente, podendo incluir passos para a frente e para trás, e deve estar disponível para o paciente fora do horário clássico de trabalho. Deve ser acessível ao contato, na eventualidade de uma crise, e o lugar do destinatário deve manter-se aberto. No caso Aimée e noutros exemplos, vimos como o fechamento da linha de comunicação pode ser catastrófico. No trabalho com o sujeito psicótico, é positivo o momento em que se constitui um destinatário, alguém que é designado como ouvinte. Este não tem que ser o próprio terapeuta, podendo ser alguém além dele: quando Pankejeff conversava com Ruth Mack Brunswick, seu destinatário era Freud, sem dúvida.

Ter um destinatário pode permitir que o sujeito psicótico comece a construir uma história, uma obra de escrita ou criação, que é facilitada por *visar a algo*. Schreber endereçou suas *Memórias* à ciência de sua época e ao esclarecimento religioso da humanidade, e não a uma pessoa em particular, e a identidade desse destinatário pode variar enormemente. Em muitos casos, o terapeuta parece mais uma testemunha,[26] alguém que está ali para autenticar uma forma de trabalho ou atividade que pode estar direcionada para outro lugar. Em vez de dizer a um paciente que um delírio está errado, por exemplo, o terapeuta deve simplesmente testemunhá-lo, do mesmo modo que um documento pode exigir uma testemunha, não para avaliar sua verdade última, porém, simplesmente, para funcionar como um aval. Afinal, o delírio é uma composição, um trabalho de reparação que envolve a construção de alguma coisa.

Quando o lugar do destinatário é constituído numa terapia e o terapeuta o ocupa, em alguns casos esse lugar pode ampliar-se, estendendo-se a uma plateia maior ou mais abstrata – leitores, espectadores, ouvintes, companheiros de sofrimento etc. Todavia, durante o período em que o próprio terapeuta ocupa esse lugar de destinatário, é óbvio que existem perigos reais na imposição de limites de tempo ao tratamento. Por mais benéfico que seja o trabalho, cortá-lo de forma abrupta, por uma exigência arbitrária de um número máximo de sessões, sem espaço algum para alterar essas regras burocráticas, pode constituir uma prática bárbara. Alguns terapeutas falam em “trabalhar em direção ao término” e, embora sem dúvida existam casos em que isso é válido, trata-se de algo que também pode ser um simples meio para o terapeuta tentar lidar com sua angústia ou sua culpa por encerrar o tratamento.

NO FIM DAS CONTAS, a causa mais comum de fracasso na terapia da psicose não está no fato de o clínico fazer uma intervenção inoportuna ou cometer um erro, mas em sua perda de interesse pela continuação do trabalho. Isso pode resultar

de muitos fatores, mas, vez após outra, ouvimos falar de um sentimento de desânimo, dadas a falta de mudanças no paciente e a dificuldade de lidar com as provas de amor e compromisso impostos ao terapeuta. Alguns psicóticos demandam o compromisso que um dia talvez tenham esperado de quem cuidava deles, e desenvolvem um vasto repertório de testes para verificar isso.

Quando o paciente testa o compromisso do terapeuta nesses momentos-chave, o terapeuta tem que reenfatizar sua dedicação. Sua paciência, resistência, amor e ódio podem ser levados ao limite, e é compreensível que muitos clínicos não tenham vontade de fazer esse tipo de trabalho. Quando de fato continuam, eles podem ser arrastados para o que é comumente descrito como um "enredamento simbiótico", que pode ser vivenciado como extremamente assustador e intrigantemente prazeroso. A repercussão disso na vida inconsciente deles próprios determina, sem dúvida, a sua maneira de reagir e responder no trabalho clínico, e não é à toa que muitos terapeutas voltam à terapia, eles mesmos, durante esses períodos.

Como observou Arthur Burton, "o esquizofrênico quer uma intensidade de relacionamento que se equipara a sua alienação – isto é, amor da variedade mais crua."[27] O nível de compromisso exigido é tão grande que, muitas vezes, os únicos terapeutas que se dispõem a assumi-lo são os que estão em início de carreira, ou são verdadeiros santos. Burton e outros observaram com ironia que, nesses casos, a terapia se parece menos com uma intervenção médica do que com um casamento, "com todas as nuances que isso implica, mas com os aspectos sexuais confinados na fantasia",[28] embora se pudesse argumentar que, na realidade, os aspectos sexuais da maioria dos casamentos verdadeiros também ficam confinados na fantasia. Na verdade, é mais fácil, no dizer de Burton, sair de um casamento real do que do casamento temporário com alguns sujeitos psicóticos, e é o que vemos refletido na notória suscetibilidade dos terapeutas no que tange a seus pacientes esquizofrênicos. Raras vezes eles relatam com franqueza o que acontece em seu trabalho, temerosos da condenação dos colegas.

Estes comentários sobre o trabalho com sujeitos esquizofrênicos podem soar verdadeiros quanto a alguns casos, mas não quanto a outros. É comum os perigos do enredamento simbiótico e a enxurrada de manobras de teste estarem ausentes, e as vicissitudes da terapia variam drasticamente de um caso para outro. Haja o que houver, porém, é crucial que o terapeuta se lembre da diferença entre os fenômenos nucleares da psicose e as tentativas de resgate com que muitas vezes eles são confundidos. Os esforços para estabelecer um sentido, para criar pontes entre ideias, ou para inventar novos estilos de vida, podem

afigurar-se delirantes ou idiossincráticos, mas atestam um autêntico trabalho de criação.

Inúmeros serviços de saúde mental de nossos dias não compreendem essa característica essencial da psicose. O sucesso de um tratamento é avaliado em termos superficiais de funcionalidade social, de medidas comuns que podem ser aplicadas a "populações de pacientes", e não em termos de vidas individuais. O que representa um avanço real para uma pessoa pode não significar nada para outra, e esses detalhes sempre variam entre os diversos casos. Como assinalou a psicanalista Françoise Davoine, o que importa pode até ser um prazer pequeno e modesto,[29] como na música "My Favourite Things", do filme *A noviça rebelde*. Ela consiste, essencialmente, numa lista de banalidades – fitas, bombons de chocolate, gotas de chuva e rosas –, mas estas representam investimentos, sinais de uma ligação afetiva com a vida. Não eliminam o abismo que está no fundo – no filme, a aproximação do nazismo –, mas, apesar disso, permitem uma forma localizada de esperança e alegria.

Às vezes, o interesse do terapeuta por essas pequenas coisas pode ser de enorme valor para o paciente. Quando Lacan convidou um analisando a saborear um dos deliciosos chocolates que acabara de receber da Bélgica, o poder desse gesto não residiu simplesmente na dimensão de uma dádiva, mas na comunicação de seu prazer com "algumas das minhas coisas favoritas". Não há dúvida de que isso será mais significativo para o paciente do que o esforço de fazê-lo desfrutar da "felicidade" ou do "sucesso" – abstrações em relação às quais muitos sujeitos psicóticos são céticos, com toda razão. Discernindo a verdade por trás do falso verniz da cultura consumista, eles sabem muito bem quais são as coisas reais que estão em jogo na vida humana.

Na hora H, é o outro lado do consumismo que importa aqui: não a ingestão de uma ideia preconcebida de saúde ou bem-estar, mas a criação de algo novo. Como disse Arthur Burton, os sujeitos psicóticos "precisam envolver-se de algum modo com o princípio e o fim das coisas".[30] Que isso envolve alguma forma de produção é o que se depreende das teorias que discutimos e dos casos clínicos que evocamos. Se são justo os começos e os fins das coisas que não podem ser prontamente simbolizados, usando uma grade de significação preexistente, o sujeito psicótico precisa reinventar. Esse ato pode incluir a fala, mas implica também uma criação material: escrever, desenhar, pintar, esculpir ou qualquer prática humana de cunhagem ou inscrição. Nunca deparei com um caso de psicose em que uma atividade desse tipo não desempenhasse um papel significativo, não necessariamente em termos do tempo dedicado a ela, mas em termos do lugar ocupado por ela no mundo do sujeito. Até os cartões-postais

esporádicos enviados durante o curso de um tratamento podem ser o mais importante de tudo.

Incentivar e facilitar esses atos é parte do trabalho de qualquer terapia verdadeira das psicoses. Lamentavelmente, ainda que as terapias contemporâneas que dizem ao sujeito psicótico que ele tem uma doença e o instruem quanto ao que fazer sobre ela possam parecer úteis a alguns, elas o privam dessa faceta vital da experiência. Quer o paciente decida aceitar a oferta, quer não, sinta-se ele ajudado ou prejudicado pela terapia, o clínico deve reconhecer que inúmeros fenômenos da psicose não são sinal de um déficit, mas, ao contrário, um caminho para a criação. E isso é o que todo compromisso terapêutico deve ser capaz de oferecer.

Posfácio

LEVAR A SÉRIO a teoria da loucura corriqueira tem consequências radicais para a sociedade em que vivemos. Se aceitarmos que existe uma diferença fundamental entre ser louco – o que é perfeitamente compatível com a vida cotidiana – e enlouquecer – o que é desencadeado por certas situações –, poderemos aprender a respeitar as diferentes práticas inventadas pelos indivíduos para estabilizar suas vidas. Ora estas se ajustam bem às práticas sociais aceitas, ora não. Mas, uma vez que reconheçamos que são tentativas de criar soluções, é esperável que possamos questionar qualquer projeto de levá-las de volta a um conjunto normativo de crenças e valores.

Reconhecer este fato tem consequências clínicas cruciais. Como vimos, muitas práticas estranhas e aparentemente bizarras dos sujeitos psicóticos são esforços para encontrar uma cura para as experiências primárias de pavor, fragmentação e invasão. Qualquer plano de tratamento que confunda esses dois conjuntos de fenômenos é arriscado, e solapar as tentativas da pessoa de curar a si mesma pode ter efeitos catastróficos. Os sujeitos psicóticos estão sempre atarefados nessas tentativas, dando nomes, criando, montando, inventando e documentando, e questionar ou tentar extirpar essas atividades traz o risco de privá-los do que lhes é mais vital. Os frutos dessas atividades não têm que ser de nenhuma "serventia" social, e nem sequer têm que fazer sentido: podem ser silenciosos ou barulhentos, privados ou públicos, comunicativos ou reservados.

As campanhas para desestigmatizar a "doença mental" frequentemente tomam um rumo errado nesse ponto. Procuram demonstrar que pessoas que sofriam desta ou daquela doença fizeram contribuições admiráveis para as ciências ou as artes. Na tentativa de desestigmatizar o diagnóstico de autismo, por exemplo, lemos que, nos dias atuais, Einstein e Newton teriam recebido esse diagnóstico, e, no entanto, fizeram descobertas fabulosas no campo da física. Mesmo que eles sejam reconhecidos como tendo sido "diferentes", seu valor continua a ser calculado em termos do impacto que seu trabalho exerceu no mundo dos outros.

Por mais bem-intencionadas que sejam essas perspectivas, elas estão longe de ser criteriosas, pois fazem uma equiparação implícita entre o valor e a utilidade social.

É perigoso dar esse passo, pois, no momento em que a vida humana é definida em termos de utilidade, está aberta a porta para a estigmatização e a segregação. Feita a constatação de que alguém não é muito útil, que valor teria sua vida? Na verdade, foi exatamente esse o argumento dos eugenistas do início do século XX que defenderam o extermínio dos doentes mentais. Embora ninguém se disponha a admitir tais aspirações hoje em dia, não podemos ignorar o ressurgimento, nos últimos anos, de um discurso notavelmente semelhante, com sua ênfase na utilidade social, na hereditariedade e na vulnerabilidade genética.

Atualmente, talvez mais do que em qualquer momento do século passado, usa-se a biologia para explicar a natureza humana. Ainda em meados da década de 1990, manifestantes em protesto conseguiram interromper uma reunião que pretendia demonstrar a base genética do comportamento criminal; hoje, porém, tais afirmações são prazerosamente acolhidas pela mídia. Prospera a nova indústria da bioprevisão, com suas afirmações de ser capaz de prever a futura conduta antissocial e desviante. Acadêmicos do Reino Unido e dos Estados Unidos participam de tais projetos, sem uma consciência visível das raízes históricas de sua disciplina ou dos problemas éticos que ela suscita.

Tudo isso se dá num clima de entusiasmo pelas intervenções futuras: uma vez identificada a vulnerabilidade genética, a engenharia médica e social preparará o terreno para uma sociedade mais sadia. O foco, nesse ponto, incide mais sobre o comportamento externo que sobre a complexidade da vida interior, com a ideia de que equiparar a psicose a uma doença biológica promoverá atitudes mais tolerantes e mais aceitação. Supõe-se que o preconceito desapareça ao sabermos que a psicose é igual a qualquer outro problema de saúde e que, portanto, não se pode culpar ninguém por esse mal.

Infelizmente, porém, a capacidade humana de excluir e culpar não pode ser facilmente apagada, e os argumentos biológicos envolvem exatamente a mesma – e, para muitos pesquisadores, mais – estigmatização. Uma resenha recente de doze estudos sobre o estigma e a “doença mental” revelou que, em onze deles, as teorias biológicas da psicose levaram a mais preconceito e estigmatização do que as teorias sociais.[1] Os sujeitos psicóticos foram vistos como perigosos, antissociais e imprevisíveis. Como observou um estudo recente da Organização Mundial da Saúde, “tem-se depositado uma confiança exagerada no modelo da doença cerebral, o que pode mais agravar do que questionar os estereótipos do perigo e, particularmente, a incompetência”.

De maneira quase imperceptível, a ascensão da abordagem biológica tem trazido consigo o fantasma do movimento de eugenia que surtiu efeitos tão devastadores no começo do século XX e no período nazista. Em sua forma básica, a eugenia distingue um “nós” saudável de um “eles” doentio, fazendo essa distinção em termos de características raciais ou hereditárias. Por um passaporte ou uma certidão de nascimento, pode-se dizer a que grupo o indivíduo pertence e, em última análise, é isso que separa a abordagem segregacionista daquela que respeita a vida humana: para esta, é preciso escutar o que o indivíduo nos diz sobre sua experiência, em vez de saber de antemão onde enquadrá-lo.

São claras as duas alternativas oferecidas pela eugenia, uma vez feita a segregação: tornar saudável a pessoa doente ou retirá-la por completo do convívio dos sadios, ou do planeta. Embora possa agradar-nos pensar que tais debates se adequariam ao clima da Alemanha nazista, eles se enraizaram, na verdade, no pensamento britânico e norte-americano. Em muitos estados norte-americanos, a partir do fim do século XIX, as pessoas classificadas como doentes mentais perderam o direito de se casar, e, em 1914, mais de vinte estados haviam instituído essa legislação. Havia um programa progressivo de segregação dos loucos, apoiado pelo movimento eugenista, e o estado de Indiana foi o primeiro a aprovar uma lei de esterilização compulsória dos doentes mentais.

No fim da década de 1930, trinta estados haviam aprovado uma legislação similar, em geral no tocante a sujeitos institucionalizados, embora houvesse uma oposição feroz de alguns governadores e tribunais estaduais. Os governadores de Vermont, Nebraska e Idaho vetaram o primeiro desses projetos e, no Oregon, um plebiscito estadual resultou na revogação da lei estadual de esterilização. Incrivelmente, porém, em 1927, a Suprema Corte dos Estados Unidos decidiu que a esterilização dos doentes mentais era efetivamente constitucional, por bloquear a transmissão de genes nocivos. Nenhum país europeu tinha legislação comparável e, em 1937, uma pesquisa feita pela revista *Fortune* revelou que 66% dos norte-americanos eram favoráveis a essa esterilização. Como comentou o escritor Robert Whitaker, “naquele momento, os Estados Unidos se isolaram como o primeiro país eugenista”.[2]

O programa eugenista dos Estados Unidos viria a ter grande influência na Alemanha. Embora o Parlamento alemão tenha derrotado um projeto de lei sobre a esterilização em 1914, o programa eugenista ganhou maior popularidade depois que a Primeira Guerra Mundial e Hitler enalteceram sua lógica implacável. A ênfase recaiu sobre a natureza hereditária das “doenças mentais”,

e a Fundação Rockefeller chegou até a doar uma verba de 2,5 milhões de dólares ao Instituto Psiquiátrico de Munique, em 1925, para financiar pesquisas eugenistas, além de fazer outras doações a instituições médicas alemãs. Uma lei sobre a esterilização compulsória foi aprovada depois que Hitler chegou ao poder, em 1933, e os pesquisadores alemães estudaram atentamente os procedimentos e as teorias norte-americanos, em especial os da Califórnia. A redação do projeto de lei alemão foi extraída, em sua quase totalidade, de uma das leis norte-americanas de esterilização, e, sob o governo dos nazistas, uma média de 165 mil cidadãos alemães foi esterilizada a contragosto todos os anos.

Os médicos eram solicitados a informar sobre qualquer paciente "inapto" a tribunais especiais de Saúde Hereditária, que em seguida o avaliavam, com vistas à esterilização. As publicações médicas norte-americanas elogiaram o modelo alemão, e não demorou muito para que se formulasse a pergunta lógica seguinte: por que parar na esterilização? Não deveriam os doentes mentais ser simplesmente mortos? Talvez de forma surpreendente, essa questão foi originalmente levantada como uma possibilidade legislativa não na Alemanha, mas nos Estados Unidos. O livro *The Passing of the Great Race* [A extinção da grande raça], um campeão de vendas de autoria do eugenista militante Madison Grant, que exortava à "obliteração" dos inaptos, foi traduzido para inúmeras línguas e, ao que parece, Hitler escreveu uma carta ao autor para expressar sua admiração.

Tanto o movimento eugenista alemão quanto o norte-americano viam a doença mental como um traço biológico hereditário. Alexis Carrel, médico agraciado com o Prêmio Nobel, escreveu em seu livro de 1935, *O Homem, esse desconhecido*:[d] "Os anormais impedem o desenvolvimento dos normais." Por conseguinte, "Por que não deve a sociedade dispor dos criminosos e dos loucos de maneira mais econômica do que em presídios e hospícios?", "Por que preservarmos esses seres inúteis e nocivos?", perguntou ele. Carrel propôs o extermínio em "pequenas instituições de eutanásia, supridas de gases apropriados". Como sabemos, foi isso que os nazistas passaram a fazer a partir de janeiro de 1940.

A lógica segregacionista que esse programa introduziu talvez seja delirante, uma vez que envolveu uma separação rígida entre "nós" e "eles".[3] Vimos que, às vezes, essa é uma característica do pensamento psicótico, no qual o mundo é dividido de acordo com oposições binárias simples e juízos de valor calcados sobre dois lugares: puro e impuro, bom e mau, preto e branco, culpado ou inocente, e assim por diante. Como assinalou a escritora Mary Loudon ao discutir as atitudes prevalentes em relação à doença mental, "para muitas

pessoas, é importante decidir qual é o lugar dos outros, porque essa é a única maneira de elas mesmas saberem onde se situar”.[4]

Infelizmente, muitas abordagens bem-intencionadas da psicose em nossos dias baseiam-se exatamente nos preconceitos da era da eugenia. O psicótico é dividido numa parte “sadia” e outra “insalubre”, tendo o tratamento o objetivo de permitir que a parte saudável saia vencedora. A psique é internamente segregada, e as metas da terapia são explicadas em termos de mudanças na química cerebral. O psicótico deve aprender a ver seus processos de pensamento insalubres como o que um psiquiatra chamou de “perda de tempo”. A “interação com mentes mais maduras” – isto é, as da equipe terapêutica – estará apta a apresentar ao paciente modos mais realistas de pensar, de se conduzir e de sentir.[5] O paciente deve explorar a mente do terapeuta para “encontrar sua própria mente representada nela” e, em seguida, “integrar essa imagem como parte de sua ideia de si mesmo”.

Alguns defensores dessa visão reconhecem que ela ecoa as ideias dos eugenistas, mas afirmam que ter consciência da parte “insalubre” do sujeito não resultará, obviamente, em medidas tão extremas quanto a esterilização ou o encarceramento, mas permitirá que a pessoa seja um agente ativo na administração de sua enfermidade. A ingenuidade dessa perspectiva encontra-se em seu entendimento equivocado do que poderíamos chamar de “colonialismo psíquico”, do qual temos uma definição na citação no fim do parágrafo anterior. A concepção da doença vem de fora, assim como os vários modelos para administrá-la, e tudo isso é vigorosamente promovido no mercado. Os manuais de tratamento nos dizem, com efeito, que o terapeuta deve apresentar ao paciente uma visão estável de seu “mundo interno”, que possa então “ser adotada como a parte reflexiva do eu”. Isso significa, na verdade, internalizar a interpretação do terapeuta sobre os problemas do paciente. Podemos contrastar essa postura com a visão que não almeja descartar nem rejeitar os processos de pensamento do sujeito, mas aprender com eles, esclarecê-los e, quem sabe, ajudar a pessoa a usá-los em seu proveito.

NESSA VISÃO SEGREGACIONISTA da psique, os pacientes tornam-se equipamentos defeituosos, que devem ser devolvidos a sua funcionalidade original por meio da intervenção externa, e não através de seus próprios recursos internos. Os fenômenos psicóticos devem ser eliminados, tanto quanto possível, e o paciente deve ser reconduzido a uma realidade compartilhada, o que significa, na prática, a do terapeuta. No entanto, se muitos dos sintomas psicóticos, se não a maioria,

são de fato mecanismos de restauração, paga-se um preço altíssimo por seguir programas desse tipo. Como vimos, o que interessava a muitos dos primeiros psiquiatras era saber como uma psicose podia estabilizar-se ou criar mecanismos de compensação ou equilíbrio. Os sintomas mais extravagantes poderiam atenuar-se, sendo seu lugar tomado por atividades, projetos e estilos de vida.

A chave do estudo desses processos era o caso individual: não o agrupamento de casos num experimento, com resultados obtidos através da média matemática dos participantes, mas um estudo da narrativa única e singular de cada paciente individual. Isso talvez seja má notícia para aqueles que buscam um procedimento único aplicável aos sujeitos psicóticos, uma vez que pressupõe que cada caso é diferente, cada solução é diferente, ainda que seja possível deduzir conceitos e teorias dos casos em questão. Como observou Jacques Hochmann em sua história da psiquiatria, esse campo se afastou de um modelo de atenção prolongada ao caso individual, optando por programas de reabilitação social baseados em teorias cognitivas, que limitam seus objetivos a aptidões sociais.[6] Com isso, as instituições de caridade passaram a arcar com o peso dos pacientes crônicos, frequentemente sem-teto.

À parte o evidente descaso para com as dimensões sociais da doença e do crime, esses novos discursos ignoram o valor formativo da fala humana. Quando um projeto de pesquisa do Centro Anna Freud submete crianças de dois anos a tomografias cerebrais, no intuito de prever desvios futuros, podemos nos perguntar como será que se explica isso à criança. O que quer que seja efetivamente dito, como é possível que isso não tenha um impacto sobre ela? Será que, na verdade, não exerce um efeito sutil de sugestão, que mais tarde poderá ter consequências para ela em sua vida? Não necessariamente transformará as crianças em criminosos, mas é possível que faça exatamente o inverso: gere sentimentos de culpa ou de vigilância moral. A pergunta ao pai ou à mãe, é claro, seria: “Por que você me envolveu nisso?”[7]

No caso da psicose, as atitudes sociais e os tratamentos sofrem da mesma cegueira. Novas e influentes resenhas da terapia recomendam aos terapeutas que realmente não considerem objetivo o relato que os pacientes fazem de seu tratamento. A fala de um ser humano não é cientificamente confiável e, portanto, na opinião de psicólogos como Peter Fonagy, para avaliar os resultados da terapia devem-se empregar as tomografias cerebrais, a fim de medir alterações objetivas e externamente validadas do cérebro. Isso, no dizer deles, deve ditar quais tratamentos serão considerados eficazes. Do mesmo modo, testes genéticos devem determinar as listas de espera, uma vez que fornecem indicações objetivas sobre a gravidade do risco corrido pelos pacientes.

Aí se ultrapassa um limite crucial. A ilusão de uma mensuração externa e objetiva da vida interna toma o lugar da sensibilidade à fala humana. Isso é uma inversão ética, uma vez que despoja os seres humanos daquilo que talvez seja sua capacidade singular: a capacidade de criar sentido. Quando nos movemos para além da fala, o sentido torna-se contingente – uma variável irritante e inútil, que só pode obscurecer a avaliação científica. A pressão para que muitos profissionais de saúde mental de hoje simplesmente monitorem a medicação agrava essa situação. Garantir que o paciente tome seus remédios e ficar atento aos efeitos colaterais das drogas antipsicóticas podem convencer os clínicos de que, efetivamente, há um tratamento sendo feito, e de que, portanto, as horas adicionais de contato não são essenciais. O efeito colateral mais grave da medicação, nesse caso, é a tentação, para o médico, de deixar que os remédios sejam suficientes.[8]

Isso não significa que, em algumas situações, os medicamentos não possam ser úteis. Não há dúvida de que, em certos casos, eles podem atenuar a intensidade dos fenômenos psicóticos, mas também devem servir para estabelecer uma plataforma para o diálogo. Quanto maior o espaço fornecido para a terapia regular, mais esse uso de medicamentos poderá diminuir, e vale a pena pensar na prescrição de tranquilizantes mais leves, e não no recurso imediato aos neurolépticos, que comumente ocorre no início do tratamento. Sem isso, graças aos efeitos difundidos e nocivos do uso prolongado de drogas, a ideia da psicose como uma doença cerebral crônica e irreversível torna-se uma profecia autocumpridora.

Em vez de sucumbir a esse ciclo sinistro, o trabalho persistente e paciente pode alimentar a esperança onde já se havia desistido dela. Reconhecer a loucura discreta do cotidiano pode nos ensinar sobre os mecanismos que permitem a uma psicose estabilizar-se, e estes, por sua vez, podem nos dar instrumentos para o trabalho com aqueles cuja psicose entrou em surto. Nesse ponto, o terapeuta não deve se deixar estorvar pelas ideias convencionais de como o médico deve tratar seus pacientes. Deve abrir mão de qualquer ideia preconcebida do que podem significar “reabilitação” ou “reintegração” e, em vez disso, aprender com a pessoa com quem estiver trabalhando. Em vez de ver o sujeito psicótico, nas palavras de Alanen, “como um continente de mecanismos biológicos anormais”, o investimento no diálogo e a curiosidade sobre a lógica do mundo daquele indivíduo podem abrir novas direções terapêuticas e oferecer a possibilidade de mudança. Aqui, a terapia não pode fazer nem mais nem menos do que ajudar o sujeito psicótico a fazer o que ele vem tentando fazer durante toda a sua vida: criar um espaço seguro para viver.

[d] Alexis Carrel, *O Homem, esse desconhecido*, trad. Adolfo Casais Monteiro, Porto, Editora Educação Nacional, 1944. (N.T.)

Notas

Introdução

1. Sujeito ou objeto: ver Patrick Coupechoux, *Un monde de fous* (Paris: Seuil, 2006); e Georges Lantéri-Laura, *Essais sur les paradigmes de la psychiatrie moderne* (Paris: Éditions du Temps, 1998). Marguerite Sechehaye, *A New Psychotherapy in Schizophrenia* (Nova York: Grune & Stratton, 1956), p.38.

2. Horton: ver Brian Koehler e Ann-Louise Silver, "Psychodynamic Treatment of Psychosis in the USA", in Yrjö Alanen et al. (orgs.), *Psychotherapeutic Approaches to Schizophrenic Psychoses* (Londres: Routledge, 2009), p.217-32. Sobre Pinel, Tuke e o Retiro York: ver Gladys Swain, *Le sujet de la folie* (Toulouse: Privat, 1977); Anne Digby, *Madness, Morality and Medicine* (Cambridge: Cambridge University Press, 1985); Andrew Scull, *The Most Solitary of Afflictions, Madness and Society in Britain, 1700-1900* (New Haven: Yale University Press, 1993); e Lois Charland, "Benevolent theory: moral treatment at the York Retreat", *History of Psychiatry*, 18 (2007), p.61-80. Sobre colonizador: ver Kurt Eissler, "Remarks on the Psychoanalysis of Schizophrenia", in Eugene Brody e Frederick Redlich (orgs.), *Psychotherapy with Schizophrenics* (Nova York: International Universities Press, 1952), p.130-67.

3. Luis Izcovich, "Santé mentale et désir du psychanalyste", *Mensuel, École de Psychanalyse des Forums du Champ Lacanien*, 12 (2006), p.7-11; e "L'Éthique du clinicien", in *Le souci de l'être* (Paris: Grapp, 1992), p.155-9.

1. Loucura silenciosa

1. Imagens dos meios de comunicação: ver Otto Wahl, *Media Madness: Public Images of Mental Illness* (Nova Jersey: Rutgers University Press, 1995); G.

Ward, *Making Headlines: Mental Health and the National Press* (Londres: Health Education Authority, 1997); Sarah Clement e Nena Foster, "Newspaper reporting on schizophrenia: A content analysis of five national newspapers at two time points", *Schizophrenia Research*, 98 (2008), p.178-83; e George Rosen, *Madness in Society* (Londres: Routledge, 1968).

2. Compêndio psiquiátrico popular: Jacques Borel, *Précis de psychiatrie* (Paris: Delmas, 1939), p.152. Eugen Bleuler, *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias* (1911) (Nova York: International Universities Press, 1950). Equilíbrio e harmonia rompidos: Eugene Minkowski, "La genèse de la notion de schizophrénie et ses caractères essentiels", *L'Évolution Psychiatrique*, I (1925), p.228. Silvano Arieti, *Interpretation of Schizophrenia*, 2ª ed. (Londres: Crosby, 1974; 1ª ed. 1955), p.4-5. Note-se que muitos desses termos adquiriram agora um sentido específico na teoria psicanalítica, com frequência muito diferente de seus significados originais na psiquiatria.

3. Psicose invisível: Eugen Bleuler, *Dementia Praecox*, op.cit., p.13, 239 e 336. Ver também Gustav Bychowski, "The problem of latent psychosis", *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 1 (1953), p.484-503; e "The psychology of latent schizophrenia", *American Journal of Psychotherapy*, 6 (1952), p.42-62. Paul Sérieux e Joseph Capgras, *Les folies raisonnantes* (Paris: Alcan, 1909). Quanto aos primeiros estudos sobre a estabilização, ver Paule Petit, *Les délires de persécution curables* (Paris: Thesis, 1937); Raoul Rosenfeld, *Les compensations morbides* (Paris: Lipschutz, 1936); Adrien Borel e Gilbert Robin, *Les rêveurs éveillés* (Paris: Gallimard, 1926); Henri Claude e Marcel Montassut, "Compensation ideo-affective", *L'Encéphale*, 20 (1925), p.557-69; Marcel Montassut, "Les compensations imaginatives", *L'Évolution Psychiatrique*, 6 (1934), p.19-37; e J. Laboucarie e P. Barres, "Curabilité des psychoses délirantes systématisées", *L'Évolution Psychiatrique*, 22 (1957), p.317-55. Piera Aulagnier, *The Violence of Interpretation* (1975) (Londres: Routledge, 2001), p.156 [Ed.bras.: *A violência da interpretação: do pictograma ao enunciado*, trad. Maria Clara Guimarães Pellegrino, Rio de Janeiro: Imago, 1979].

4. Diplomacia: ver Manfred Bleuler, *The Schizophrenic Disorders* (New Haven: Yale University Press, 1978), p.490. De Clérambault: ver "Sur un internement contesté" (1911), in *Oeuvres psychiatriques* (Paris: Presses Universitaires de France, 1942), p.791-814. Contabilidade dupla: ver Eugen Bleuler, *Dementia Praecox*, op.cit., p.56 e 147.

5. Yaël Cohen, "La reticence", *L'Évolution Psychiatrique*, 59 (1994), p.285-303.

6. T.M. Luhrmann, *Of Two Minds: An Anthropologist Looks at American*

Psychiatry (Nova York: Random House, 2000), p.49.

7. Muriel Gardiner, "The Wolf-Man in Later Life", in Muriel Gardiner (org.), *The Wolf-Man and Sigmund Freud* (Londres: Hogarth, 1972), p.358.

8. Emil Kraepelin, *Psychiatrie: Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte*, 8ª ed., vol. 3 (1913) (Leipzig: Barth); E. Régis, *Précis de Psychiatrie*, 6ª ed. (Paris, 1923); e Eric Engstrom, *Clinical Psychiatry in Imperial Germany* (Ithaca: Cornell University Press, 2003). Desfechos favoráveis: ver Luc Ciompi et al., "Deep concern", *Schizophrenia Bulletin*, 36 (2010), p.437-9. Curado: ver Eugen Bleuler, *Dementia Praecox*, op.cit., p.6-7.

9. Chaslin, *Éléments de sémiologie et clinique mentales* (Paris: Asselin et Houzeau, 1912).

10. Schreber, *Memoirs of My Nervous Illness* (1903) [Ed.bras.: *Memórias de um doente dos nervos*, trad. e org. Marilene Carone, São Paulo: Edições Graal, 1984]; *New York Review of Books* (2000); e Freud, *Psychoanalytic Notes on an Autobiographical Account of a Case of Paranoia (Dementia Paranoides)* (1911), *Standard Edition*, vol.12, p.9-79 [Ed.bras.: "Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia (*Dementia paranoides*)", *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: ESB*, vol.XII, Rio de Janeiro, Imago, 1ª ed., 1975]. Jules Séglas, "La paranoïa", *Archives de Neurologie* (1887), p.221-2. Clérambault: ver traduções e comentários em Paul Hriso, *Mental Automatisms* (Hermes Whispers Press, 2002).

11. Caso do sósia: ver R. Dupouy e Marcel Montassut, "Un cas de 'syndrome des sosies' chez une délirante hallucinée par interprétation des troubles psycho-sensoriels", *Annales Médico-Psychologiques*, 132 (1924), p.341-5.

12. Psicose na população: ver A.Y. Tien, "Distribution of hallucinations in the population", *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 26 (1991), p.287-92; Maarten Bak et al., "When does experience of psychosis result in a need for care? A prospective general population study", *Schizophrenia Bulletin*, 29 (2003), p.349-58; Louise Johns e Jim van Os, "The continuity of psychotic experiences in the general population", *Clinical Psychology Review*, 21 (2001), p.1125-41; Iris Sommer et al., "Healthy individuals with auditory verbal hallucinations; who are they? Psychiatric assessments of a selected sample of 103 subjects", *Schizophrenia Bulletin*, 36 (2008), p.633-41; e Roberto Nuevo et al., "The continuum of psychotic symptoms in the general population: A cross-national study", *Schizophrenia Bulletin*, publicação na Internet (2010).

13. Distorção: ver "Über paranoide Erkrankungen", *Zeitschrift für die gesamte*

Neurologie und Psychiatrie, 9 (1912), p.615-38. Sobre a definição kraepeliniana da paranoia, ver Rogues de Fursac, *Manuel de psychiatrie*, 2ª ed. (Paris: Alcan, 1903); e Kenneth Kendel, "Kraepelin and the diagnostic concept of paranoia", *Comprehensive Psychiatry*, 29 (1988), p.4-11. Às vezes se afirma que o fato de Kraepelin haver reconhecido que a paranoia tinha remissões com muito sucesso foi o que o levou a desenvolver a categoria diagnóstica da parafrenia, embora, tempos depois, ele e seus alunos tenham questionado sua legitimidade: ver Wilhelm Mayer, "Über paraphrene Psychosen", *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 71 (1921), p.187-206.

14. Henri Claude, "Les psychoses paranoïdes", *L'Encéphale*, 20 (1925), p.136-49; Henri Claude e Marcel Montassut, "Délimitation de la paranoïa légitime", *L'Encéphale*, 21 (1926), p.57-63; e Charles-Henry Nodet, *Le groupe des psychoses hallucinatoires chroniques* (Paris: Doin, 1938).

15. Ernst Wagner: ver Robert Gaupp, *Zur Psychologie des Massenmords: Hauptlehrer Wagner von Degerloch* (Berlim: Springer, 1914); "Der Fall Wagner", *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 60 (1920), p.312-27; e "Zur Lehre von der Paranoia", ibid., 174 (1942), p.762-810.

16. Ernst Kretschmer, "The Sensitive Delusion of Reference" (1918), in Steven Hirsch e Michael Shepherd, *Themes and Variations in European Psychiatry* (Bristol: John Wright, 1974), p.153-95.

17. Farmacologia: ver David Healey, *The Creation of Psychopharmacology* (Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 2002). Efeitos colaterais: ver Sheldon Gelman, *Medicating Schizophrenia: A History* (Nova Jersey: Rutgers University Press, 1999); Richard Bentall, *Doctoring the Mind* (Londres: Allen Lane, 2009); e Joanna Moncrieff, *The Myth of the Chemical Cure* (Londres: Macmillan, 2009). Nocautear o cérebro: ver Robert Whitaker, *Mad in America: Bad Science, Bad Medicine, and the Enduring Mistreatment of the Mentally Ill* (Nova York: Perseus, 2001), p.100. Relógio suíço: ver Eugene Brody e Frederick Redlich (orgs.), *Psychotherapy with Schizophrenics*, op.cit., p.28. Castigo: ver J. Laboucarie e P. Barres, "Curabilité des psychoses délirantes systématisées", op.cit., p.329. Gérard Pommier, "Du fantasme à l'hallucination" (19 de março de 2011), Espace Analytique, Paris.

18. Manfred Bleuler, "Research and changes in concepts in the study of schizophrenia", *Bulletin of the Isaac Ray Medical Library*, 3 (1955), p.1-132.

19. Lugar útil na sociedade: ver Robert Whitaker, *Mad in America*, op.cit.,

p.156; e Gerald Grob, *The Mad Among Us: A History of the Care of America's Mentally Ill* (Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1999). Compare-se com Edward Shorter, *A History of Psychiatry from the Era of the Asylum to the Age of Prozac* (Nova York: Wiley, 1997). Aumento dos casos de psicose: ver E. Jarvis, "On the supposed increase of insanity", *American Journal of Insanity*, 8 (1851-2), p.333-64; J. Hawkes, "On the increase of insanity", *Journal of Psychological Medicine and Mental Pathology*, 10 (1857), p.508-21; e Andrew Scull, *The Most Solitary of Afflictions*, op.cit., p.334-74.

20. Andrew Lakoff, *Pharmaceutical Reason, Knowledge and Value in Global Psychiatry* (Cambridge: Cambridge University Press, 2005), p.174; e Nikolas Rose, "Pharmaceuticals in Europe", in Martin Knapp et al. (orgs.), *Mental Health Policy and Practice across Europe* (Maidenhead: Open University Press, 2007), p.146-87. J.A. Liberman et al., "Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia", *New England Journal of Medicine*, 353 (2005), p.1209-23.

21. James Hegarty et al., "One hundred years of schizophrenia: a meta-analysis of the outcome literature", *American Journal of Psychiatry*, 151 (1994), p.1409-14.

22. Richard Bentall, *Doctoring the Mind*, op.cit., p.84.

23. D.L. Rosenhan, "On being sane in insane places", *Science*, 179 (1973), p.250-8. O experimento foi repetido por Lauren Slater cerca de trinta anos depois, embora haja controvérsias a respeito de suas afirmações: *Opening Skinner's Box: Great Psychological Experiments of the Twentieth Century* (Londres: Bloomsbury, 2004) [Ed.bras.: *Mente e cérebro: Dez experiências impressionantes sobre o comportamento humano*, trad. Vera de Paula Assis, Rio de Janeiro: Ediouro, 2004]. Pierre Janet, *La force et la faiblesse psychologiques* (Paris: Maloine, 1932).

24. J.E. Cooper et al., *Psychiatric Diagnosis in New York and London* (Oxford: Oxford University Press, 1972); Michael Shepherd et al., *An Experimental Approach to Psychiatric Diagnosis* (Copenhague: Munksgaard, 1968); Martin Katz et al., "Studies of the diagnostic process", *American Journal of Psychiatry*, 1215 (1969), p.937-47; e R.E. Kendell et al., "Diagnostic criteria of American and British psychiatrists", *Archives of General Psychiatry*, 25 (1971), p.123-30. Ver também P. Pichot, "The diagnosis and classification of mental disorders in French-speaking countries: background, current views and comparison with other nomenclatures", *Psychological Medicine*, 12 (1982), p.475-92.

25. DSM: ver Stuart Kirk e Herb Kutchins, *The Selling of DSM: The Rhetoric of Science in Psychiatry* (Nova York: De Gruyter, 1992); e *Making Us Crazy: DSM, the Psychiatric Bible and the Creation of Mental Disorders* (Nova York: Free Press, 1997).

26. Jim Geekie e John Read, *Making Sense of Madness: Contesting the Meaning of Schizophrenia* (Londres: Routledge, 2009), p.25.

27. Prática do diagnóstico: ver Wolfgang de Boor, *Psychiatrische Systematik, ihre Entwicklung in Deutschland seit Kahlbaum* (Berlim: Springer, 1954); Jacques Roubinovitch, *Des variétés cliniques de la folie en France et en Allemagne* (Paris: Doin, 1896); Ernest Stengel, "A comparative study of psychiatric classification", *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 53 (1959), p.123-30; e Karl Menninger et al., "The unitary concept of mental illness", *Bulletin of the Menninger Clinic*, 22 (1958), p.4-12.

28. Jean-Étienne Esquirol, "Hallucination", in *Dictionnaire des sciences médicales* (Paris: Panckoucke, 1817), p.64-71; e complicado em: *Des maladies mentales considerées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*, 2 vols. (Paris: Baillière, 1938). Uma das primeiras elaborações dessa visão de que a classificação psiquiátrica deveria partir não dos "sintomas", porém da relação da pessoa com o sintoma, encontra-se em Alfred Binet e Théodore Simon, "Définition des principaux états mentaux de l'aliénation", *L'Année Psychologique*, 16 (1910), p.61-6; e "Conclusion sur les états mentaux de l'aliénation", ibid., p.361-71.

2. Os pontos básicos

1. Freud, *Project* (1895), *Standard Edition*, vol.I (Londres: Hogarth, 1966), p.353-6 [Ed. bras.: "Projeto para uma psicologia científica", trad. e rev. Vera Ribeiro, *ESB*, vol.I, 2ª ed., Rio de Janeiro: Imago, 1990]; e "The Neuropsychoses of Defence" (1894), *Standard Edition*, vol.3, p.45-61 e 58 [Ed.bras.: "As neuropsicoses de defesa", trad. e rev. Vera Ribeiro, *ESB*, vol.III, 2ª ed., Rio de Janeiro: Imago, 1990].

2. Ernst Kretschmer, "The Sensitive Delusion of Reference", op.cit.

3. Freud, "The Neuropsychoses of Defence", op.cit., p.58. Sobre a "*Verwerfung*": ver Lacan, *The Seminar of Jacques Lacan, Book 3: The Psychoses, 1955-1956*, org. J.-A. Miller (Nova York: Norton, 1993) [Ed.bras.: *O Seminário*, livro 3, *As psicoses (1955-1956)*, trad. Aluísio Menezes, Rio de Janeiro: Zahar, 2ª ed. rev., 1988]; e Jean-Claude Maleval, *La forclusion du*

nom-du-père (Paris: Seuil, 2000).

4. Freud, "Draft H" in Jeffrey Masson (org.), *The Complete Letters of Sigmund Freud and Wilhelm Fliess* (Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1985), p.108-9 [Ed.bras.: "Rascunho H", in *A correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess, 1887-1904*, trad. Vera Ribeiro, Rio de Janeiro: Imago, 1986].

5. Henri Flournoy, "Délire systématisé de persécution", *L'Évolution Psychiatrique*, 2 (1927), p.9-27.

6. Charles Melman, *Les paranoïas* (seminários de 1999-2001) (Paris: Éditions de l'Association Lacanienne Internationale, 2003), p.271-2.

7. Renée, *Autobiography of a Schizophrenic Girl* (Nova York: Grune & Stratton, 1951), p.55 [Ed.bras.: M.A. Sechehaye, *Memórias de uma esquizofrênica*, trad. Carlos Lacerda, Rio de Janeiro: Nova Fronteira, s/d (1950)].

8. Harold Searles, *The Nonhuman Environment* (Nova York: International Universities Press, 1960), p.321. Ver também E. Menninger-Lerchenthal, *Der eigene Doppelgänger* (Berna: Huber, 1946); *Das Truggebilde der eigenein Gestalt Heautoskopie Doppelgänger* (Berlim, 1935); Paul Sollier, *Les phénomènes d'autoscopie* (Paris: Alcan, 1903); e Gabriel Dromard, *La mimique chez les aliénés* (Paris: Alcan, 1909).

9. Schreber, *Memoirs*, op.cit., p.243 [Ed.bras.: *Memórias*, op.cit.].

10. Lacan, "The Mirror Stage as Formative of the I Function" (1949), in *Écrits* (Nova York: Norton, 2006), p.75-81 [Ed.bras.: "O estádio do espelho como formador da função do Eu, tal como nos é revelada na experiência psicanalítica", trad. Vera Ribeiro, in *Escritos*, Rio de Janeiro: Zahar, 1998]. Henri Wallon, *Les origines du caractère chez l'enfant* (Paris, 1934); e James Baldwin, "Imitation: a chapter in the natural history of consciousness", *Mind* (janeiro de 1894), p.26-55. Ver Émile Jalley, *Freud, Wallon, Lacan: L'Enfant au miroir* (Paris: École Lacanienne de Psychanalyse, 1998).

11. René Zazzo, *World Health Organisation Discussion on Child Development*, vol.I (Nova York: International Universities Press, 1953).

12. Charles-Henry Pradelles de Latour, "La psychanalyse et l'anthropologie sociale au regard de la loi", in Marcel Drach e Bernard Toboul (orgs.), *L'Anthropologie de Lévi-Strauss et la psychanalyse* (Paris: La Decouverte, 2008), p.45-55.

13. Claude Lévi-Strauss, *The Savage Mind* (1962) (Londres: Weidenfeld, 1966) [Ed.bras.: *O pensamento selvagem*, trad. Tânia Pellegrini, Campinas, SP: Papirus, 10ª ed., 2009].

14. Renée, *Autobiography of a Schizophrenic Girl*, op.cit., p.133. [Ed.bras.:

M.A. Sechehaye, *Memórias de uma esquizofrênica*, op.cit.].

15. Paternidade: ver Edwin Hartland, *Primitive Paternity*, 2 vols. (Londres: The Folk-Lore Society, 1909). Lacan sobre o Pequeno Hans: *La relation d'objet* (1956-1957), org. J.-A. Miller (Paris: Seuil, 1994) [Ed.bras.: *O Seminário*, livro 4, *A relação de objeto (1956-57)*, trad. Dulce Duque Estrada, Rio de Janeiro: Zahar, 1995]. Ver também Markos Zafiropoulos, *Lacan and Lévi-Strauss* (Londres: Karnac, 2010).

16. Marcel Pagnol, *La gloire de mon père* (Monte Carlo: Pastorelli, 1957) [Ed.bras.: *A glória de meu pai*, trad. Wilma S. Mendes, M. Lourdes M. Demenato, M. Ignez A. Andrade, Campinas, SP: Pontes, 1994].

17. Bruno Bettelheim, *The Empty Fortress* (Nova York: Free Press, 1967), p.235-50 [Ed. bras.: *A fortaleza vazia*, trad. Livraria Martins Fontes Editora, São Paulo: Martins Fontes, 1987].

18. Lacan sobre Édipo, *La relation d'objet*, op.cit. [Ed.bras.: *O Seminário*, livro 4, op.cit.]; e *Les formations de l'inconscient* (1957-1958), org. J.-A. Miller (Paris: Seuil, 1998) [Ed. bras.: *O Seminário*, livro 5, *As formações do inconsciente*, trad. Vera Ribeiro, Rio de Janeiro: Zahar, 1999].

19. Lacan, *Le sinthome* (1975-1976), org. J.-A. Miller (Paris: Seuil, 2005) [Ed.bras.: *O Seminário*, livro 23, *O sinthoma (1975-1976)*, trad. Sergio Laia, Rio de Janeiro: Zahar, 2007].

20. Kurt Eissler, "Limitations to the psychotherapy of schizophrenia", *Psychiatry*, 6 (1943), p.381-91.

21. Gregory Bateson et al., "Towards a theory of schizophrenia", *Behavioural Science*, 1 (1956), p.251-64; e "A note on the double bind – 1962", *Family Process*, 2 (1963), p.154-61. Para um exemplo desses processos, ver Schreber, *Memoirs*, op.cit., p.154 e 209 [Ed. bras.: *Memórias*, op.cit.].

3. Psicose

1. Com respeito às concepções de Lacan sobre a psicose, ver "Presentation on Psychic Causality" (1946), in *Écrits*, op.cit., p.123-58 [Ed.bras.: "Formulações sobre a causalidade psíquica", *Escritos*, op.cit.]; *The Seminar of Jacques Lacan, Book 3*, op.cit. [Ed.bras.: *O Seminário*, livro 3, op.cit.]; "On a Question Prior to Any Possible Treatment of Psychosis" (1957-1958), in *Écrits*, op.cit., p.445-88 [Ed.bras.: "De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose", in *Escritos*, op.cit.]; e *Le sinthome*, op.cit. [Ed.bras.: *O Seminário*, livro 23, op.cit.]. Sobre o contexto e os comentários,

ver Lucien Bonnafé et al., *Le problème de la psychogenèse des névroses et des psychoses* (Paris: Desclée de Brouwer, 1950); Jean-Claude Maleval, *La forclusion du nom-du-père*, op.cit.; Geneviève Morel, *Sexual Ambiguities* (Londres: Karnac, 2011); e Corinne Fellahian, *La psychose selon Lacan, évolution d'un concept* (Paris: L'Harmattan, 2005). Um clássico estudo inicial sobre o delírio como compensação é o artigo de Maurice Mignard e Marcel Montassut, "Un délire de compensation", *L'Encéphale*, 12 (1924), p.628-34. Sobre a perspectiva lacaniana, ver Jean-Claude Maleval, *Logique du délire* (Paris: Masson, 1996); e Anne Lysy-Stevens e Alexandre Stevens, "La psychose infantile: déficit ou production?", *Quarto*, 46 (1991), p.46-50.

2. Schreber, *Memoirs*, op.cit., p.46-7 e 248-9 [Ed.bras.: *Memórias*, op.cit.].

3. Louis Wolfson, *Le schizo et les langues* (Paris: Gallimard, 1970). Ver também seu livro *Ma mère musicienne est morte…* (Paris: Navarin, 1984) e a entrevista em *L'Âne*, 18 (setembro/outubro de 1984), p.1-4; Serge André, "La pulsion chez le schizophrène", *Ornicar?*, 36 (1986), p.103-10; Angel Enciso Bergé, "La langue maternelle dans la psychose", ibid., p.94-102; e Geneviève Morel, "Point final à une planète infernale", ibid., p.82-3.

4. Freud, *Psychoanalytic Notes*, op.cit., p.9-82 [Ed.bras.: "Notas psicanalíticas", op.cit.].

5. André Ceillier, "Du rôle des hallucinations psychiques dans l'exploration de l'inconscient", *L'Évolution Psychiatrique*, I (1925), p.142-54.

6. John Custance, *Wisdom, Madness and Folly* (Nova York: Pellegrini, 1952), p.45.

7. Paul Mattusek, "Studies in Delusional Perception" (1952), in John Cutting e Michael Shepherd, *Clinical Roots of the Schizophrenia Concept* (Cambridge: Cambridge University Press, 1987), p.100.

8. Brooks, citado em Bert Kaplan (org.), *The Inner World of Mental Illness* (Nova York: Harper and Row, 1964), p.84.

9. Lewis Hill, *Psychotherapeutic Intervention in Schizophrenia* (Chicago: University of Chicago Press, 1955), p.67.

10. Judith Allardyce et al., "Deconstructing psychosis conference 2006: the validity of schizophrenia and alternative approaches to classification", *Schizophrenia Bulletin*, 33 (2007), p.863-7; L.B. Jansson e J. Parnas, "Competing definitions of schizophrenia: what can be learned from polydiagnostic studies?", ibid., p.1178-1200; Manfred Bleuler, "Research and changes in concepts in the study of schizophrenia", op.cit., p.1-132; Eugène Minkowski, "La genèse de la notion de schizophrénie et ses caractères essentiels", op.cit.; e Henri Ey, "Classifications des maladies

mentales et le problème des psychoses aigues", *Études Psychiatriques*, 3 (1954), p.1-45.

11. Karl Jaspers, *General Psychopathology* (1913) (Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1997), p.567-8 [Ed.bras.: *Psicopatologia geral*, trad. Samuel Penna Reis, rev. Paulo da Costa Rzezinski, 2 vols., Rio de Janeiro: Atheneu, 1987].

12. Na verdade, Paul Schilder provou, na década de 1920, que os sintomas "psicóticos" dos pacientes que sofriam de infecções cerebrais por sífilis baseavam-se em sua personalidade anterior à infecção, desmentindo a ideia de que a área cerebral afetada determinaria a sintomatologia do paciente. Ver seu *Studien und Symptomologie der progressiven Paralyse* (Berlim: Karger, 1930).

13. Arthur Burton et al. (orgs.), *Schizophrenia as a Life Style* (Nova York: Springer, 1974).

14. Jay Watts, "The Group of Schizophrenias" (2010), artigo inédito.

15. Paranoia e esquizofrenia: ver *Clinique différentielle des psychoses* (Paris: Navarin, 1988); Colette Soler, *L'Inconscient à ciel ouvert de la psychose* (Toulouse: Presses Universitaires du Mirail, 2002) [Ed.bras.: *O inconsciente a céu aberto da psicose*, trad. Vera Ribeiro, Rio de Janeiro: Zahar, 2007]; e Luis Izcovich, *Les paranoïaques et la psychanalyse* (Paris: Éditions du Champ Lacanien, 2004). Sobre diferentes construções delirantes, ver H. Mueller-Suur, "Das Gewissheitsbewusstsein beim schizophrenen und beim paranoischen Wahnerleben", *Fortschrift Neurologie und Psychiatrie*, 18 (1950), p.44-51; Philippe Chaslin, *Éléments de sémiologie et de clinique mentales*, op.cit.; e Jean-Claude Maleval, *Logique du délire*, op.cit. Contraste com a melancolia: ver George Dumas, *Les états intellectuels dans la mélancolie* (Paris: Alcan, 1895); Jacques Adam et al., *Des mélancolies* (Paris: Éditions du Champ Lacanien, 2001); e Darian Leader, *The New Black: Mourning, Melancholia and Depression* (Londres: Hamish Hamilton, 2008). Um dos primeiros estudos sobre a relação da esquizofrenia com a psicose maníaco-depressiva é Moritz Urstein, *Die Dementia praecox und ihre Stellung zun manisch-depressiven Irresein* (Berlim: Urban & Schwarzenberg, 1909).

16. Henri Claude: ver "Les psychoses paranoïdes", op.cit., e Henri Claude e Marcel Montassut, "Délimitation de la paranoïa légitime", op.cit.

17. Melancolia: ver Jules Séglas, *Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses* (Paris: Asselin et Houzeau, 1895). Piera Aulagnier, *The Violence of Interpretation*, op.cit., p.199 [Ed.bras.: *A violência da interpretação*,

op.cit.].

18. Gregory Bateson et al., “Towards a theory of schizophrenia”, op.cit.

19. Pierre Bruno, “Schizophrénie et paranoïa”, *Préliminaire*, 5 (1993), p.67-83.

20. John Haslam, *Illustrations of Madness* (1810), org. Roy Porter (Londres: Routledge, 1988).

21. Schreber, *Memoirs*, op.cit., p.123 [Ed.bras.: *Memórias*, op.cit.].

22. O corpo e a libido na esquizofrenia: ver Paul Balvet, *Le sentiment de dépersonnalisation dans les délires de structure paranoïde* (Lyon: Riou, 1936); “De l’importance du sentiment de dépersonnalisation dans la pathogénie des délires”, *L’Évolution Psychiatrique*, 4 (1936), p.3-26; e Paul Schilder, *Seele und Leben* (Berlim: Springer, 1923). Balvet encontrou aí quatro áreas principais: perda do elã vital, perda do senso de unidade corporal, não reconhecimento de si mesmo e perda do sentimento de substância corporal (e.g., variações nas dimensões do corpo, dissolução do corpo, perda da materialidade do corpo). Partes não pertencentes: ver H. Hécaen e J. de Ajuriaguerra, *Méconnaissances et hallucinations corporelles* (Paris: Masson, 1952), p.288; e, sobre mudanças corporais, ibid., p.257-370. Minha mão: ver Pierre Janet, “L’Hallucination dans le délire de persécution”, *Revue Philosophique* (1932), p.61-98 e 279-331; e ver a discussão em: Stéphane Thibierge, *Pathologies de l’image du corps* (Paris: Presses Universitaires de France, 1999).

23. Karl Abraham, “A Short Study of the Development of the Libido” (1924), in *Selected Papers on Psychoanalysis* (Londres: Maresfield Reprints, 1979), p.455. Sobre Wagner, ver Anne-Marie Vindras, *Louis II de Bavière selon Ernst Wagner, paranoïaque dramaturge* (Paris: EPEL, 1993), p.153 e 138.

24. Eugen Bleuler, *Dementia Praecox*, op.cit., p.129 e 231.

25. Arthur Burton, “The Alchemy of Schizophrenia”, in *Schizophrenia as a Life Style*, op.cit., p.87.

26. Schreber, *Memoirs*, op.cit., p.233 [Ed.bras.: *Memórias*, op.cit.]. Racionalizações: ver Eugen Bleuler, *Dementia Praecox*, op.cit., p.131.

27. Grandeza: ver Edith Jacobson, “Psychotic Identifications” (1954), in *Depression* (Nova York: International Universities Press, 1971), p.242-63.

4. Linguagem e lógica

1. Victor Tausk, “On the origin of the ‘influencing machine’ in schizophrenia”

(1919), *Psychoanalytic Quarterly*, 2 (1933), p.519-56.

2. Kurt Schneider, *Clinical Psychopathology* (Nova York: Grune & Stratton, 1959), p.101.

3. Jean Piaget, *The Language and Thought of the Child* (Nova York: Harcourt Brace, 1926) [Ed.bras.: *A linguagem e o pensamento da criança*, trad. Manuel Campos, São Paulo: Martins Fontes, 1986].

4. Silvano Arieti, *Interpretation of Schizophrenia*, op.cit., p.318.

5. Serge Leclaire, "À la recherche des principes d'une psychothérapie des psychoses", *L'Évolution Psychiatrique*, 23 (1958), p.377-419.

6. Brian Dillon, *Tormented Rope, Nine Hypochondriac Lives* (Londres: Penguin, 2009), p.242 [Ed.bras.: *Os hipocondríacos: vidas atormentadas*, trad. Marina Herrmann; ilustrações Rafael Nobre, Rio de Janeiro: Tinta Negra, 2011].

7. *Folie à deux*: ver C. Lasègue e J. Falret, "La folie à deux ou folie communiquée", *Annales Médico-Psychologiques*, 18 (1877), p.321-55; e Helene Deutsch, "Folie à deux", *Psychoanalytic Quarterly*, 7 (1938), p.307-18.

8. Anna Freud, "The role of bodily illness in the mental life of children", *Psychoanalytic Study of the Child*, 7 (1952), p.69-81.

9. Werner Mendel, "A Phenomenological Theory of Schizophrenia", in Arthur Burton et al. (orgs.), *Schizophrenia as a Life Style*, op.cit., p.111.

10. Pankow: ver Jean-Max Gaudillière e Françoise Davoine, "The Contribution of Some French Psychoanalysts to the Clinical and Theoretical Approaches to Transference in the Psychodynamic Treatment of Psychosis", in Yrjö Alanen et al. (orgs.), *Psychotherapeutic Approaches to Schizophrenic Psychoses*, op.cit., p.141.

11. Jeanine: ver Piera Aulagnier, *L'Apprenti-historien et le maître-sorcier* (Paris: Presses Universitaires de France, 1984), p.263-8 [Ed.bras.: *O aprendiz de historiador e o mestre-feiticeiro: do discurso identificante ao discurso delirante*, trad. Claudia Berliner, São Paulo: Escuta, 1989].

12. Silvano Arieti, *Interpretation of Schizophrenia*, op.cit., p.380.

13. Gregory Bateson et al., "Towards a theory of schizophrenia", op.cit.

14. Louis Sass, *Madness and Modernism* (Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1998), p.179. Ver também Louis Sass e Josef Parnas, "Schizophrenia, consciousness and the self", *Schizophrenia Bulletin*, 29 (2003), p.427-44.

15. Lacan sobre a fala na psicose: ver *The Seminar of Jacques Lacan, Book 3: The Psychoses, 1955-1956* [Ed.bras.: *O Seminário*, livro 3, *As psicoses*,

op.cit.]; e “On a Question”, op.cit. [Ed.bras.: “De uma questão preliminar”, op.cit.].

16. Olhos virados: ver Freud, “The Unconscious” (1915), *Standard Edition*, vol.14, p.197-8 [Ed.bras.: “O inconsciente”, *ESB*, vol.XIV, Rio de Janeiro: Imago, 1ª ed., 1976]; e Eugen Bleuler, *Dementia Praecox*, op.cit., p.76. Minhocas: ver B.P. Karon e G.R. VandenBos, *Psychotherapy of Schizophrenia* (Nova York: Jason Aronson, 1981), p.159-61.

17. Paul Sérieux e Joseph Capgras, *Les folies raisonnantes*, op.cit., p.21. Ver também Paul Guiraud, “Les formes verbales de l’interprétation delirante”, *Annales Médico-Psychologiques*, 129 (1921), p.395-412.

18. Silvano Arieti, *Interpretation of Schizophrenia*, op.cit., p.268.

19. Distinção entre concreto/abstrato: ver Maria Lorenz, “Problems posed by schizophrenic language”, *Archives of General Psychiatry*, 4 (1961), p.95-102; e “Expressive behavior and language patterns”, *Psychiatry*, 18 (1955), p.353-66.

20. Bruno Bettelheim, *The Empty Fortress*, op.cit, p.241 [Ed.bras.: *A fortaleza vazia*, op.cit.].

21. Jules Séglas, *Des troubles du langage chez les aliénés* (Paris: Rueff, 1892).

22. E. Tanzi, “I neologismi degli alienati in rapporto col delirio cronico”, Parte 1, *Rivista Sperimentale di Freniatria e di Medicina Legale della Alienazione Mentali*, 15 (1899), p.352-3; e Parte 2, ibid., 16 (1900), p.1-35.

23. Yrjö Alanen, *Schizophrenia, Its Origins and Need-Adapted Treatment* (Londres: Karnac, 1997), p.10-1.

24. Carl Jung, *The Psychology of Dementia Praecox* (1907), in *Collected Works*, vol.3 (Nova Jersey: Princeton University Press, 1972) [Ed.bras.: *A psicologia da demência precoce: um ensaio*, in *Psicogênese das doenças mentais*, *Obras completas de Carl Gustav Jung*, trad. Marcia de Sá Cavalcanti, vol.III, Petrópolis: Vozes, 1986]; e ver *Studies in Word Association* (1906) (Londres: Heinemann, 1918).

25. Karl Kleist, “Aphasie und Geisteskrankheit”, *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 61 (1914), p.8-12.

26. F.J. Fish, *Schizophrenia* (Bristol: John Wright, 1962), p.50.

27. Ludwig Staudenmaier, *Die Magie als experimentelle Naturwissenschaft* (Leipzig, 1912); e Leonard Zusne, “Altered States of Consciousness, Magical Thinking and Psychopathology: The Case of Ludwig Staudenmaier”, in Colleen Ward (org.), *Altered States of Consciousness and Mental Health* (Londres: Sage, 1989), p.233-50. Denotação: ver L. Vigotsky, “Thought in schizophrenia”, *Archives of Neurology and Psychiatry*, 31

(1934), p.1063-77; Harold Vetter, "New-word coinage in the psychopathological context", *Psychiatric Quarterly*, 42 (1968), p.298-312. Palavras dos pacientes: ver Harry Stack Sullivan, "Peculiarity of thought in schizophrenia", *American Journal of Psychiatry*, 5 (1925), p.21-80; e David Forrest, "Poesis and the language of schizophrenia", *Psychiatry*, 28 (1965), p.1-18.

28. Distinção de Saussure: ver Claude Lévi-Strauss, *The Savage Mind*, op.cit., p.156 [Ed.bras.: *O pensamento selvagem*, op.cit.].

29. Serge Leclaire, "À la recherche des principes d'une psychothérapie des psychoses", op.cit., p.392-3.

30. E. von Domarus, "The Specific Laws of Logic in Schizophrenia", in J.S. Kasanin (org.), *Language and Thought in Schizophrenia* (Berkeley: University of California Press, 1944), p.104-14.

31. Silvano Arieti, *Interpretation of Schizophrenia*, op.cit., p.239.

32. George Dumas, *Le surnaturel et les dieux d'après les maladies mentales* (Paris: Presses Universitaires de France, 1946), p.245.

33. Paul Courbon e Gabrield Fail, "Syndrome d'illusion de Frégoli et schizophrénie", *Bulletin de la Société Clinique de Medicine Mentale* (1927), p.121-5. Sobre identificações equivocadas, ver W. Scheid, "Über Personenverkennung", *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 157 (1936), p.1-16; M.D. Enoch et al., *Some Uncommon Psychiatric Syndromes* (Bristol: John Wright, 1967); Stéphane Thibierge, *Pathologies de l'image du corps*, op.cit.; e Ramin Mojtabai, "Misidentification phenomena in German psychiatry: a historical review and comparison with the French/English approach", *History of Psychiatry*, 7 (1996), p.137-58. Observou-se que os fenômenos de identificação equivocada ocorrem com mais frequência nas mulheres que nos homens; para uma encantadora tentativa de explicar isso, ver Stanley Coleman, "Misidentification and non-recognition", *Journal of Mental Science*, 79 (1933), p.42-51.

34. Harry Stack Sullivan, "Affective experience in early schizophrenia", *American Journal of Psychiatry*, 6 (1927), p.467-83.

35. M.L. Hayward e J.E. Taylor, "A schizophrenic patient describes the action of intensive psychotherapy", *Psychiatric Quarterly*, 30 (1956), p.211-48 e 236.

36. Kurt Eissler, "Notes upon the emotionality of a schizophrenic patient and its relation to problems of technique", *The Psychoanalytic Study of the Child*, 8 (1953), p.214.

37. Zumbi: ver Werner Mendel, "A Phenomenological Theory of Schizophrenia", op.cit., p.106; Karl Jaspers, *General Psychopathology*, op.cit., p.67 e 122 [Ed.bras.: *Psicopatologia geral*, op.cit.].

5. A formulação do diagnóstico

1. Bismarck: ver George Dumas, *Le surnaturel et les dieux d'après les maladies mentales*, op.cit., p.196.
2. Eugen Bleuler, *Dementia Praecox*, op.cit., p.137.
3. Karl Jaspers, *General Psychopathology*, op.cit., p.103-6 [Ed.bras.: *Psicopatologia geral*, op.cit.]. Sobre a experiência de significação: ver René Targowla e Jean Dublineau, *L'Intuition délirante* (Paris: Maloine, 1931).
4. Bert Kaplan (org.), *The Inner World of Mental Illness*, op.cit., p.94. John Custance, *Wisdom, Madness and Folly*, op.cit., p.52.
5. Lacan, "On a Question", op.cit., p.450-1 [Ed.bras.: "De uma questão preliminar", op.cit.]; e Eugène Minkowski, *Traité de psychopathologie* (Paris: Presses Universitaires de France, 1966).
6. Joseph Capgras, "Le délire d'interprétation hyposthénique: délire de supposition", *Annales Médico-Psychologiques*, 88 (1930), p.272-99.
7. Geneviève Morel, *Sexual Ambiguities*, op.cit., p.188-201.
8. Paul Sérieux e Joseph Capgras, *Les folies raisonnantes*, op.cit., p.156.
9. H. Hécaen e J. de Ajuriaguerra, *Méconnaissances et hallucinations corporelles*, op.cit., p.283-6.
10. Richard Hofstadter, *Social Darwinism and American Thought* (Nova York: Braziller, 1959), p.44-7.
11. Kurt Schneider, *Clinical Psychopathology*, op.cit., p.105.
12. Karl Jaspers, *General Psychopathology*, op.cit., p.115-6 [Ed.bras.: *Psicopatologia geral*, op.cit.]. Memória: ver Emil Kraepelin, "Über Erinnerungsfalschungen", *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 18 (1887), p.199-239.
13. Maurice Mignard e Marcel Montassut, "Un délire de compensation", op.cit., p.628-34.
14. Harold Searles, *The Nonhuman Environment*, op.cit., p.192-3.
15. Paula Elkisch, "On infantile precursors of the 'influencing machine' (Tausk)", *Psychoanalytic Study of the Child*, 14 (1959), p.219-35.
16. Geneviève Morel, *Sexual Ambiguities*, op.cit., p.45-8.

17. Schreber, *Memoirs*, op.cit., p.19 [Ed.bras.: *Memórias*, op.cit.]. Influência externa: ver André Ceillier, "Les influencés", *L'Encéphale* (1924), p.152-62, 225-34, 294-301 e 370-81. "…pensarem *por* mim": ver Harold Searles, *The Nonhuman Environment*, op.cit., p.209. Henri Claude, "Mécanisme des hallucinations: syndrome d'action extérieure", *L'Encéphale*, 25 (1930), p.345-59.

18. Charles-Henry Nodet, *Le groupe des psychoses hallucinatoires chroniques*, op.cit., p.97.

19. George Dumas, *Le surnaturel et les dieux d'après les maladies mentales*, op.cit., p.27-57.

20. Louis Sass, *Madness and Modernism*, op.cit., p.111-5.

21. Eugen Bleuler, *Dementia Praecox*, op.cit., p.99.

22. Oposições binárias: ver Geneviève Morel, "L'Insuffisance des identifications à établir la sexuation d'un sujet", *Carnets de Lille*, 2 (1997), p.36-40.

23. Edith Jacobson, "On Depressive States: Nosological and Theoretical Problems", in *Depression*, op.cit., p.167-84. A. Bottéro, "Une histoire de la dissociation schizophrénique", *L'Évolution Psychiatrique*, 66 (2001), p.43-60.

24. Oscar Bumke, *Lehrbuch der Geisteskrankheiten* (Munique: Bergmann, 1929).

6. Causas da psicose

1. Sobre a questão da causalidade psíquica e biológica, ver Don Jackson, *Myths of Madness: New Facts for Old Fallacies* (Nova York: Macmillan, 1964); Don Jackson (org.), *The Etiology of Schizophrenia* (Nova York: Basic Books, 1960); e Alphonse de Waehlens e Wilfried Ver Eecke, *Phenomenology and Lacan on Schizophrenia, after the Decade of the Brain* (Louvain: Leuven University Press, 2001). M.K. Horwitt, "Fact and artifact in the biology of schizophrenia", *Science*, 124 (1956), p.429-30. Sobre as causas e condições, ver Paul Faergeman, *Psychogenic Psychoses* (Londres: Butterworth, 1963).

2. Don Jackson, "The transactional viewpoint", *International Journal of Psychiatry*, 4 (1967), p.543-4.

3. Evelyn Fox Keller, *The Century of the Gene* (Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 2000); e Catherine Waldby, "Code unknown: histories of the gene", *Social Studies of Science*, 31 (2001), p.779-91.

4. Lacan, “On a Question”, op.cit. [Ed.bras.: “De uma questão preliminar”, op.cit.]. Alfredo Zenoni, “Le nom-du-père et sa forclusion”, *Préliminaire*, 5 (1993), p.85-92.

5. Sophie de Mijolla-Mellor, *Penser la psychose* (Paris: Dunod, 1998).

6. Zvi Lothane, *In Defense of Schreber* (Londres: The Analytic Press, 1992); Luiz Eduardo Prado de Oliveira, *Le cas Schreber* (Paris: Presses Universitaires de France, 1979); e *Schreber et la paranoïa* (Paris: L’Harmattan, 1996).

7. Gisela Pankow, “Dynamic Structurization in Schizophrenia”, in Arthur Burton (org.), *Psychotherapy of the Psychoses* (Nova York: Basic Books, 1961), p.152-71.

8. Nascimento divino da mãe: ver Piera Aulagnier, “Remarques sur la structure psychotique” (1964), in *Un interprète en quête du sens* (Paris: Payot, 2006), p.361-86 [Ed. bras.: *Um intérprete em busca de sentido*, trad. Regina Steffen, São Paulo: Escuta, 1990]. Mães: ver Piera Aulagnier, ibid.; e Suzanne Reichard & Carl Tillman, “Patterns of parent-child relationship in schizophrenia”, *Psychiatry*, 13 (1950), p.247-57; Trude Tietze, “A study of mothers of schizophrenic patients”, *Psychiatry*, 12 (1949), p.55-65; e Sophie de Mijolla-Mellor, *La paranoïa* (Paris: Presses Universitaires de France, 2007). “Eu nunca soube…”: ver Bruno Bettelheim, *The Empty Fortress*, op.cit., p.238-9 [Ed. bras.: *A fortaleza vazia*, op.cit.]. Pais: ver W.R. e T. Lidz, “The family environment of schizophrenic patients”, *American Journal of Psychiatry*, 106 (1949), p.332-45.

9. John Custance, *Wisdom, Madness and Folly*, op.cit., p.36.

10. Primeiras pesquisas ocidentais: ver Colwyn Trevarthen, “Conversations with a two-month-old”, *New Scientist*, 62 (1974), p.230-3. No Leste Europeu: ver A.N. Sokolov, *Inner Speech and Thought* (Nova York: Plenum, 1972); Blyuma Zeigarnik, *The Pathology of Thinking* (Nova York: Consultants Bureau, 1965); e Michael Cole & Irving Maltzman, *A Handbook of Contemporary Soviet Psychology* (Nova York: Basic Books, 1969). Colwyn Trevarthen, “Descriptive Analyses of Infant Communicative Behaviour”, in H.R. Schaffer (org.), *Studies in Mother-Infant Interaction* (Londres: Academic Press, 1977); e Irene Deliege & John Sloboda, *Musical Beginnings* (Oxford: Oxford University Press, 1996).

11. Ruth Weir, *Language in the Crib* (Haia: Mouton, 1962). Paul Guillaume, “Les débuts de la phrase dans le langage de l’enfant”, *Journal de Psychologie*, 24 (1927), p.1-25.

12. Constatações similares: ver S. Pickert, “Imaginative dialogues in children’s

early speech", *First Language*, 2 (1981), p.5-20. Alison Elliot, *Child Language* (Cambridge: Cambridge University Press, 1981) [Ed.bras.: *A linguagem da criança*, trad. Vera Ribeiro, Rio de Janeiro: Zahar, 1982]. Imitação: ver Stan Kuczaj, *Crib Speech and Language Play* (Nova York: Springer Verlag, 1982). Falantes nativos: ver Alison Elliot, *Child Language*, op.cit. [Ed.bras.: *A linguagem da criança*, op.cit.].

13. Os textos de Kraepelin foram compilados e traduzidos em Frank Heynick, *Language and Its Disturbances in Dreams* (Nova York: John Wiley, 1993).

14. Paralelo com o olhar: ver Darian Leader, *Stealing the Mona Lisa: What Art Stops Us from Seeing* (Londres: Faber & Faber, 2002) [Ed.bras.: *O roubo da Mona Lisa: o que a arte nos impede de ver*, trad. Álvaro Cabral, Rio de Janeiro: Campus, 2005].

15. Louis Wolfson, *Le schizo et les langues*, op.cit., p.46-52. Espelho: ver Paula Elkisch, "The psychological significance of the mirror", *Journal of the American Psychoanalytical Association*, 5 (1957), p.235-44.

16. Brincadeiras infantis: ver Iona e Peter Opie, *The Lore and Language of Schoolchildren* (Oxford: Oxford University Press, 1959).

17. Otto Isakower, "On the exceptional position of the auditory sphere", *International Journal of Psychoanalysis*, 20 (1939), p.340-8.

18. Irmãs Papin: ver Francis Dupré, *La "Solution" du passage à l'acte: le double crime des soeurs Papin* (Toulouse: Éres, 1984).

19. Schreber, *Memoirs*, op.cit., p.89 [Ed.bras.: *Memórias*, op.cit.].

20. Lacan sobre alucinações verbais: ver François Sauvagnat, "La 'Desensorialisation' des hallucinations acoustico-verbales: quelques résultats actuels d'un débate centenaire", in *Polyphonie pour Ivan Fonagy* (Paris: L'Harmattan, 1997), p.391-404. Ver também André Ceillier, "Du rôle des hallucinations psychiques dans l'exploration de l'inconscient", op.cit., p.142-54; e "Étude sur les variétés du langage automatique", *Annales Médico-Psychologiques*, 12 (1924), p.161-74 e 25-6; Eugen Bleuler, *Dementia Praecox*, op.cit., p.110-1; Henri Grivois, "Les hallucinations verbales psychomotrices", *L'Évolution Psychiatrique*, 51 (1986), p.609-23; artigos compilados in *Quarto*; *Les Psychoses*, 28-29 (1987); e Georges Lantéri-Laura, "Histoire de la clinique des hallucinations", in *Hallucinations, regards croisés* (Paris: Masson, 2002), p.15-20.

21. Lacan, *Le Séminaire, Livre 5. Les formations de l'inconscient* (1957-1958), org. J.-A. Miller (Paris: Seuil, 1998), p.480 [Ed.bras.: *O Seminário*, livro 5, *As formações do inconsciente*, op.cit.]. Isso sugeriria que a famosa observação de Lacan, em seu seminário de 8 de abril de 1975, de que, na

paranoia, “a voz sonoriza o olhar”, vê as coisas no sentido errado. Contrariando essa inversão, evocaríamos a alegação de que a paranoia é excepcionalmente rara nos cegos, mas não incomum nos surdos. Como exemplo contrário, isso é literal demais, já que a pessoa cega certamente é capaz de ter a sensação de estar sendo olhada, do mesmo modo que o surdo pode sentir que a voz de alguém o destaca.

22. Eugen Bleuler, *Dementia Praecox*, op.cit., p.100.

23. Karl Kleist, “Cycloid, Paranoid and Epileptoid Psychoses and the Problem of Degenerative Psychoses” (1928), in Steven Hirsch e Michael Shepherd, *Themes and Variations in European Psychiatry*, op.cit., p.297-331.

24. Deuses: ver Schreber, *Memoirs*, op.cit., p.168 [Ed.bras.: *Memórias*, op.cit.]. Para exemplos no autismo, ver Leo Kanner, “Autistic disturbances of affective contact”, *Nervous Child*, 2 (1942), p.217-50.

7. O desencadeamento do surto

1. Marcel Czermak, *Passions de l’objet* (Paris: Éditions de l’Association Freudienne Internationale, 2001), p.87 [Ed.bras.: *Paixões do objeto: estudo psicanalítico das psicoses*, trad. Ana I.B. Bezerra Paraguay, Porto Alegre: Artes Médicas, 1991].

2. Crítica de Bleuler sobre o curso da psicose: ver *Dementia Praecox*, op.cit., nota de rodapé da p.245. Para descrições lacanianas do desencadeamento do surto, ver Christian Hoffman, “Quelques réflexions à propos du déclenchement de la psychose et de ses suppléances dans le monde contemporain”, *Figures de la Psychanalyse*, 9 (2004), p.49-61; François Leguil, “Le déclenchement d’une psychose”, *Ornicar?*, 41 (1987), p.71-5; Pierre Naveau, “Sur le déclenchement de la psychose”, *Ornicar?*, 44 (1988), p.77-87; e Alexandre Stevens, “Déclenchement de la psychose”, *Travaux*, 3 (1988), p.21-40. Sobre a perplexidade, ver Gustav Storring, *Wesen und Bedeutung des Symptoms der Ratlosigkeit bei psychischen Erkrankungen* (Leipzig: Thieme, 1939); ver também os artigos “L’Énigme et la psychose”, *La Cause Freudienne*, 23 (1993); e F. Fuentenebro & G.E. Berrios, “The predelusional state: a conceptual history”, *Comprehensive Psychiatry*, 36 (1995), p.251-9. Significação pessoal: ver C. Neisser, “Erorterungen über die Paranoia vom klinischen Standpunkte”, *Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie*, 60 (1892), p.1-20.

3. Sobre a significação, ver Karl Jaspers, *General Psychopathology*, op.cit.

[Ed.bras.: *Psicopatologia geral*, op.cit.]. Peça de roupa de cama: ibid., p.601. MacDonald: ver Bert Kaplan (org.), *The Inner World of Mental Illness*, op.cit., p.175. Travesseiro: ver John Custance, *Wisdom, Madness and Folly*, op.cit., p.72.

4. Renée, *Autobiography of a Schizophrenic Girl*, op.cit., p.29 [Ed.bras.: M.A. Sechehaye, *Memórias de uma esquizofrênica*, op.cit.].

5. Lacan, *De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité* (1932) (Paris: Seuil, 1975), p.270-1 [Ed.bras.: *Da psicose paranoica em suas relações com a personalidade, seguido de Primeiros escritos sobre a paranoia*, trad. A. Menezes, M.A. Coutinho Jorge, Potiguara M. da Silveira Jr., Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2ª ed., 2011].

6. Buraco: ver Lacan, *The Seminar of Jacques Lacan, Book 3*, op.cit. [Ed.bras.: *O Seminário*, livro 3, op.cit.]; Gregory Zilboorg, "The dynamics of schizophrenic reactions related to pregnancy and childbirth", *American Journal of Psychiatry*, 85 (1929), p.733-767.

7. E. Stanley Abbot, "What is paranoia?", *American Journal of Insanity*, 71 (1914), p.29-40.

8. Geneviève Morel, *Sexual Ambiguities*, op.cit., p.263.

9. Freud, *Introductory Lectures on Psychoanalysis* (1916-1917), *Standard Edition*, vol.16, p.425 [Ed.bras.: *Conferências introdutórias sobre psicanálise*, *ESB*, vol.XVI, Rio de Janeiro: Imago, 1ª ed., 1975]. Gregory Bateson, "A theory of play and phantasy", *Psychiatric Research Reports*, 2 (1955), p.39-51.

10. Paula Elkisch, "On infantile precursors of the 'influencing machine' (Tausk)", op.cit., p.219-35. Marguerite Valentine, "The last resort: some notes on the suicide of a patient", *British Journal of Psychotherapy*, 20 (2004), p.295-306.

11. Marcel Czermak, *Passions de l'objet*, op.cit., p.99 [Ed.bras.: *Paixões do objeto*, op.cit.].

12. Denise Sainte Fare Garnot, "À propos de l'impression d'être immortel", in Marcel Czermak, ibid., p.231-45.

13. Fim do mundo: ver Freud, *Psychoanalytic Notes*, op.cit. [Ed.bras.: "Notas psicanalíticas", op.cit.]; e A. Wetzel, "Das Weltuntergangserlebnis in der Schizophrenie", *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 78 (1922), p.403-17.

14. Nathalie Charraud, *Infini et inconscient. Essai sur Georg Cantor* (Paris: Anthropos, 1994), p.197.

15. Isabelle Robert, "L'Épure d'une vie", *Carnets de Lille*, 5 (2000), p.61-3.

Brigitte Lemonnier, “Un enfant maltraité”, ibid., p.73-7.

16. Henry Cotton: ver Robert Whitaker, *Mad in America*, op.cit., p.81-2.

8. Estabilização e criação

1. J. Lévy-Valensi e Boudon, “Deux cas de délire de persécution à forme demonomaniaque développés chez des débiles à la suite de pratiques magiques”, *L’Encéphale*, 3 (1908), p.115-9.

2. Lacan, “On a Question”, op.cit., p.472 [Ed.bras.: “De uma questão preliminar”, op.cit.]. Note-se que Lacan se refere, nesse ponto, a como o sujeito “presume” o desejo da mãe, em vez de “interpretá-lo”. Ludwig Binswanger, *Schizophrenie* (Pfullingen: Neske, 1957). Louis Wolfson, *Le schizo et les langues*, op.cit., p.75.

3. William Niederland, *The Schreber Case* (Nova York: Analytic Press, 1984), p.31.

4. Helene Deutsch, “Some forms of emotional disturbance and their relationship to schizophrenia”, *Psychoanalytic Quarterly*, 11 (1942), p.301-21; e Nathaniel Ross, “The ‘as if’ concept”, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15 (1967), p.59-82. Ver também Paul Hoch e Phillip Polatin, “Pseudoneurotic forms of schizophrenia”, *Psychiatric Quarterly*, 23 (1949), p.248-76; e Paul Federn, “Principles of psychotherapy in latent schizophrenia”, *American Journal of Psychotherapy*, 2 (1947), p.129-44. Mistura de muitas sombras: ver Hilde Bruch e Stanley Palombo, “Conceptual problems in schizophrenia”, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 132 (1961), p.114-7.

5. Amigo fechando a porta: ver Marcel Czermak, *Passions de l’objet*, op.cit., p.99 [Ed. bras.: *Paixões do objeto*, op.cit.].

6. Limites do corpo e Stanley: ver Paula Elkisch, “On infantile precursors of the ‘influencing machine’ (Tausk)”, op.cit., p.219-35; e “The Struggle for Ego Boundaries”, *American Journal of Psychotherapy*, 5 (1956), p.578-602.

7. Kurt Eissler, “Notes upon the emotionality of a schizophrenic patient”, op.cit., p.199-251.

8. Fórmula funcional: ver Geneviève Morel, *Sexual Ambiguities*, op.cit.

9. Esthela Solano-Suarez, “La clinique des noeuds”, *La Cause Freudienne*, 51 (2002), p.102-6.

10. Harold Searles, *The Nonhuman Environment*, op.cit.

11. Louis Sass, *Madness and Modernity*, op.cit., p.395. Bruno Bettelheim, *The Empty Fortress*, op.cit. [Ed.bras.: *A fortaleza vazia*, op.cit.].

12. Colette Soler sobre a ordem e sobre Rousseau: *L'Inconscient à ciel ouvert*, op.cit. [Ed.bras.: *O inconsciente a céu aberto da psicose*, op.cit.]; e *L'Aventure littéraire, ou la psychose inspirée: Rousseau, Joyce, Pessoa* (Paris: Éditions du Champ Lacanien, 2001). Robert Howard, "James Tilly Matthews in London and Paris 1793: his first peace mission – in his own words", *History of Psychiatry*, 2 (1991), p.53-69. Criação: ver Fabienne Hulak (org.), *Pensée psychotique et création de systèmes* (Ramonville: Érès, 2003); e Luis Izcovich, *Les paranoïaques et la psychanalyse*, op.cit., p.290-333.

13. Guy Trobas, "Le symbolique alteré", *Ornicar?*, 47 (1988), p.80-7.

14. Gérard Pommier, *Le dénouement d'une analyse* (1987) (Paris: Flammarion, 1996), p.275-6 [Ed.bras.: *O desenlace de uma análise*, trad. Cristina R. Abreu, Rio de Janeiro: Zahar, 1990].

15. Louis Wolfson, *Le schizo et les langues*, op.cit.

16. M.L. Hayward e J.E. Taylor, "A schizophrenic patient describes the action of intensive psychotherapy", op.cit., p.228.

17. Geneviève Morel, *La loi de la mère* (Paris: Anthropos, 2008). Ver também Catherine Millot, "Epiphanies", in Jacques Aubert (org.), *Joyce avec Lacan* (Paris: Navarin, 1987), p.87-95.

18. Marguerite Sechehaye, *Symbolic Realization* (Nova York: International Universities Press, 1951). Sobre Sechehaye, ver Charles Odier, "Réflexions sur la guérison d'une schizophrène par la 'réalisation symbolique'", *L'Évolution Psychiatrique*, 14 (1949), p.407-16.

19. Manfred Bleuler, *The Schizophrenic Disorders*, op.cit., p.490. Augustin Ménard, *Voyage au pays des psychoses* (Nîmes: Champ Social Éditions, 2008), p.15-7.

20. Éric Laurent, "Pour la vérité", "L'Expérience psychanalytique des psychoses", *Actes de l'École de la Cause Freudienne* (Paris: 1987), p.169-71.

21. Ellen Corin, "The 'Other' of Culture in Psychosis", in João Biehl et al., *Subjectivity: Ethnographic Investigations* (Berkeley: University of California Press, 2007), p.273-314.

22. Weiss e Freud: ver Paul Roazen, *The Historiography of Psychoanalysis* (New Brunswick: Transaction, 2001), p.182.

9. Aimée

1. Lacan, *De la psychose paranoïaque*, op.cit. [Ed.bras.: *Da psicose paranoica*, op.cit.]. Jean Allouch, *Marguerite ou l'Aimée de Lacan* (Paris: EPEL, 1990) [Ed.bras.: *Marguerite, ou A Aimée de Lacan*, posfácio de Didier Anzieu, trad. Dulce Duque Estrada, Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1997]. Ver também Marie-Magdeleine Chatel, "Faute de ravage, une folie de la publication", *Littoral*, 37 (1993), p.9-44, e os documentos publicados por Jean Allouch e Danielle Arnoux, "Historique du cas de Marguerite: suppléments, corrections, lecture", ibid., p.173-91. Ver também Thierry Vincent, "Le problème du sens dans la psychose: la controverse Lacan-De Clérambault sur la paranoïa", *L'Évolution Psychiatrique*, 56 (1991), p.875-85.

2. Jacques Chazaud, "Vestiges du passage à Ville-Evrard d'une aliénée devenue illustre", *L'Évolution Psychiatrique*, 55 (1990), p.633-35. "*Garçonnière*": ver Lacan, *De la psychose paranoïaque*, op.cit., p.221 [*Da psicose paranoica*, op.cit.]. "*Poétereau*": ibid., p.224.

3. Seu amor pelo poeta transformou-se em ódio: ibid., p.225. C. de la N., ibid., p.225-6. Jardim secreto: ibid., p.227. Luta surda: ibid., p.232.

4. Ibid., p.161.

5. Lacan, *De la psychose paranoïaque*, op.cit., p.166-7 [Ed.bras.: *Da psicose paranoica*, op.cit.].

6. Bert Kaplan (org.), *The Inner World of Mental Illness*, op.cit., p.99. Por que Duflos: ver Lacan, *De la psychose paranoïaque*, op.cit., p.162 [Ed.bras.: *Da psicose paranoica*, op.cit.]. Ligação de Duflos com Benoît: ver Jean Allouch, *Marguerite*, op.cit., p.292-306 [Ed.bras.: *Marguerite*, op.cit.].

7. O tema daquele que ajuda: ver Henri Maurel, *Le thème de protection et la pensée morbide* (Paris: Presses Universitaires de France, 1954); e Jules Séglas & P. Bezançon, "De l'antagonisme des idées délirantes chez les aliénés", *Annales Médico-Psychologiques* (1889), p.5-33.

8. Maurice Dide, *Les idéalistes passionnés* (Paris: Alcan, 1913).

9. Lacan, *De la psychose paranoïaque*, op.cit., p.163 [Ed.bras.: *Da psicose paranoica*, op.cit.].

10. Lacan, "Motifs du crime paranoïaque: le crime des soeurs Papin", *Le Minotaure*, 3/4 (1933), p.26-7.

11. "Levar um pouquinho longe demais": ver "Conférences et entretiens dans des universités nordaméricaines" (1975), *Scilicet*, 6/7 (Paris: Seuil, 1976),

p.10. Perda definitiva: ver Lacan, *De la psychose paranoïaque*, op.cit., p.265 [Ed.bras.: *Da psicose paranoica*, op.cit.]. Divórcio: ibid., p.158.

12. Descrições da morte: ver Allouch, *Marguerite*, op.cit., p.222-6 [Ed.bras.: *Marguerite*, op.cit.]; e Didier Anzieu, *Une peau pour les pensées* (Paris: Clancier-Génaud, 1986), p.15-6. Tristeza: ver Lacan, *De la psychose paranoïaque*, op.cit., p.222 e 240-1 [Ed. bras.: *Da psicose paranoica*, op.cit.].

13. Ibid., p.182.

14. Allouch, *Marguerite*, op.cit., p.169 [Ed.bras.: *Marguerite*, op.cit.].

15. Allouch, *Marguerite*, op.cit., p.356 e 169 [Ed.bras.: *Marguerite*, op.cit.].

16. Datação errônea: ver ibid., p.146. Joana d'Arc: ver Lacan, *De la psychose paranoïaque*, op.cit., p.176 [Ed.bras.: *Da psicose paranoica*, op.cit.]. "*Une amoureuse des mots*": ibid., p.191.

17. "A eleita de Deus": ver Didier Anzieu, "Postface", in Allouch, *Marguerite*, op.cit., p.553 [Ed.bras.: "Posfácio", in Allouch, *Marguerite*, op.cit.].

10. O Homem dos Lobos

1. Freud, *From the History of an Infantile Neurosis* (1917-19), *Standard Edition*, vol.17, p.1-124 [Ed.bras.: *História de uma neurose infantil*, *ESB*, vol.XVII, Rio de Janeiro: Imago, 1ª ed., 1976]; Pankejeff, "The Memoirs of the Wolf-Man", in Muriel Gardiner (org.), *The Wolf-Man and Sigmund Freud* (Londres: Hogarth, 1972), p.3-132; Pankejeff, "My Recollections of Sigmund Freud", in ibid., p.135-52; Ruth Mack Brunswick, "A Supplement to Freud's 'History of an Infantile Neurosis'", in ibid., p.263-307; Muriel Gardiner, "The Wolf-Man in Later Life", in ibid., p.311-66. Karin Obholzer, *The Wolf-Man: Conversations with Freud's Patient – Sixty Years Later* (Nova York: Continuum, 1982) [Ed.bras.: *Conversas com o Homem dos Lobos: uma psicanálise e suas consequências*, trad. do francês: Vera Ribeiro, Rio de Janeiro: Zahar, 1993]. Patrick Mahoney, *Cries of the Wolf-Man* (Nova York: International Universities Press, 1984) [Ed.bras.: *Gritos do Homem dos Lobos*, s/ind. trad., Rio de Janeiro: Imago, 1992].

2. Muriel Gardiner, "The Wolf-Man in Later Life", op.cit., p.358-66.

3. Carta de Freud a Sándor Ferenczi (13 de fevereiro de 1910), in Eva Brabant et al., *Letters to Ferenczi*, vol.1, p.138.

4. Ficou despedaçado: ver Freud, *From the History of an Infantile Neurosis*, op.cit., p.99 [Ed.bras.: *História de uma neurose infantil*, op.cit.]. Implacável

demonstração: ibid., p.22. Implacável demonstração de superioridade: ver Pankejeff, "The Memoirs of the Wolf-Man", op.cit., p.25.

5. Ibid., p.75. Naquele momento: ibid., p.86. Ao mesmo tempo: Freud, *From the History of an Infantile Neurosis*, op.cit., p.20 [Ed.bras.: *História de uma neurose infantil*, op.cit.].

6. Medo: ibid., p.25. Ânus/vagina: ibid., p.79. Não envolveu nenhum julgamento: ibid., p.84.

7. Ibid., p.85.

8. Mais de cinquenta anos: ver Serge Viderman, *La construction de l'espace analytique* (Paris: Denoël, 1970) [Ed.bras.: *A construção do espaço analítico*, trad. Sergio Joaquim de Almeida, São Paulo: Escuta, 1990]. Gesticulando loucamente: Pankejeff, "The Memoirs of the Wolf-Man", op.cit., p.5.

9. "Hábito curioso de ir e vir": Ruth Mack Brunswick, "A Supplement to Freud's 'History of an Infantile Neurosis'", op.cit., p.268. Nada visível: ibid., p.264.

10. Curso normal: Pankejeff, "The Memoirs of the Wolf-Man", op.cit., p.115.

11. "Com qualquer pessoa…": ver Muriel Gardiner, "The Wolf-Man in Later Life", op.cit., p.324. Pesadelo: ver Gardiner (org.), *L'Homme aux Loups par ses psychanalystes et par lui-même* (Paris: Gallimard, 1981), p.375-402 e 381. Sobre a presença de sintomas obsessivos na psicose, ver a resenha de E. Stengel, "A study of some clinical aspects of the relationship between obsessional neurosis and psychotic reaction types", *Journal of Mental Science*, 91 (1945), p.166-87.

12. Concluir uma carta: ver Pankejeff, "The Memoirs of the Wolf-Man", op.cit., p.78.

13. Freud, *From the History of an Infantile Neurosis*, op.cit., p.23 [Ed.bras.: *História de uma neurose infantil*, op.cit.].

14. Seu estado de espírito modificou-se: ver Pankejeff, "The Memoirs of the Wolf-Man", op.cit., p.46.

15. Ibid., p.50.

16. "Sempre tentando entender": Gardiner, "The Wolf-Man in Later Life", op.cit., p.359.

17. Apelo: ver Karin Obholzer, *The Wolf-Man*, op.cit., p.28-9 [Ed.bras.: *Conversas com o Homem dos Lobos*, op.cit.]. Busca da orientação: ibid., p.6. Apelos desesperados: ibid., p.247.

18. Dentes: ibid., p.80.

19. "Vestido com propriedade e esmero": ver Gardiner, "The Wolf-Man in Later

Life", op.cit., p.358. "Contraindicam a psicose": ibid., p.364. "Não existe paranoia…": ver Karin Obholzer, *The Wolf-Man*, op.cit., p.51 [Ed.bras.: *Conversas com o Homem dos Lobos*, op.cit.].

20. "Nova terra recém-descoberta": ver Gardiner, "My Recollections of Sigmund Freud", op.cit., p.140.

21. Alexis: ver Brunswick, "A Supplement to Freud's 'History of an Infantile Neurosis'", op.cit., p.302.

22. "Reuni todas as minhas forças": ver Obholzer, *The Wolf-Man*, op.cit., p.56 [Ed. bras.: *Conversas com o Homem dos Lobos*, op.cit.]. Diagnóstico incorreto: ibid., p.59.

23. Crítica de Rank: ver Otto Rank, *Technik der Psychoanalyse*, vol.1 (Viena: Deuticke, 1926), p.142ss. A interpretação dada por Rank ao sonho dos lobos torna-se mais tênue ao nos darmos conta de que ela recapitula, em termos quase exatos, um caso anteriormente descrito por ele no livro, no qual um paciente tem um sonho em que aparece uma árvore, baseado, no dizer de Rank, nos quadros de Freud e seus discípulos exibidos em seu próprio consultório. Ali onde Rank tinha uma fotografia de Freud, este, segundo ele nos diz, tinha uma fotografia de Rank, e é difícil não discernirmos nessa simetria a matriz do conflito do próprio Rank com seu mestre.

24. Brunswick, "A Supplement to Freud's 'History of an Infantile Neurosis'", op.cit., p.278.

25. Ibid., p.284.

26. No primeiro sonho: ibid., p.291. "Por que está me encarando desse jeito?": ibid., p.289. Ver, quanto a isso, o diálogo entre Brunswick e Harnik em *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*, 16 (1930), p.123-9, e 17 (1931), p.400-2. É interessante notar que o filme *A irmã branca* contém uma cena em que um quadro é destruído.

27. "Ele ficou bom": ibid., p.296. "Nenhum vestígio de psicose": ibid., p.263.

28. "O mais terrível pesadelo": ver Gardiner, "The Wolf-Man in Later Life", op.cit., p.327. Há discrepâncias nos relatos quanto a esse ponto: ver ibid., p.333.

29. Ibid., p.364.

30. Gardiner (org.), *L'Homme aux Loups par ses psychanalystes et par lui-même*, op.cit., p.381.

31. Ponto fixo: Obholzer, *The Wolf-Man*, op.cit., p.243 [Ed.bras.: *Conversas com o Homem dos Lobos*, op.cit.]. Uma ladra: ibid., p.101. Pai e filho: ibid., p.162.

32. Medida de sua recuperação: ver "The Memoirs of the Wolf-Man", op.cit.,

p.129. O mais depressa possível: ver Gardiner, "The Wolf-Man in Later Life", op.cit., p.348. Fazer a mediação entre os dois: ver Obholzer, *The Wolf-Man*, op.cit., p.121 [Ed.bras.: *Conversas com o Homem dos Lobos*, op.cit.].

33. Brunswick, "A Supplement to Freud's 'History of an Infantile Neurosis'", op.cit., p.289.

34. Gardiner (org.), *L'Homme aux Loups par ses psychanalystes et par lui-même*, op.cit., p.385.

11. Shipman

1. Para este capítulo, usei as seguintes fontes: *Dame* Janet Smith, *Shipman Inquiry* [Inquérito Shipman], no endereço <www.official-documents.gov.uk/document/cm58/5853/5853.pdf>; "Harold Shipman's Clinical Practice 1974-1998", Chief Medical Officer's Report (Department of Health, 2001) [Ed.bras.: "A prática clínica de Harold Shipman", Relatório do Diretor-geral de Saúde, Ministério da Saúde]; Mikaela Sitford, *Addicted to Murder: The True Story of Dr. Harold Shipman* (Londres: Virgin, 2000); Wensley Clarkson, *Evil Beyond Belief* (Londres: John Blake, 2005); Carole Peters, *Harold Shipman: Mind Set on Murder* (Londres: Carlton, 2005); e Brian Whittle & Jean Ritchie, *Harold Shipman: Prescription for Murder*, 2ª ed. (Londres: Time Warner, 2005).

2. Badcock: ver Whittle & Ritchie, *Harold Shipman: Prescription for Murder*, op.cit.; e "Shipman hooked on death", *Sun* (14 jan de 2004) e *The New York Times* (2 fev 2000).

3. *Shipman Inquiry*, p.188.

4. Jeremy Laurance, "Shipman 'may be sent to Broadmoor'", *Independent* (2 fev de 2000); e Whittle & Ritchie, *Harold Shipman: Prescription for Murder*, op.cit., p.399.

5. Clarkson, *Evil Beyond Belief*, op.cit., p.50.

6. Ibid., p.73.

7. *Shipman Inquiry*, p.191.

8. Whittle & Ritchie, *Harold Shipman: Prescription for Murder*, op.cit., p.270.

9. Melhor médico de Hyde: ibid., p.185. Desempenho insuficiente: ver *Shipman Inquiry*, p.184.

10. Whittle e Ritchie, *Harold Shipman: Prescription for Murder*, op.cit., p.312.

11. Clarkson, *Evil Beyond Belief*, op.cit., p.125.

12. Cartas escritas durante o julgamento (13 jan 1999), recuperada em <www.criminalprofiling.com>.

13. Carta sobre o companheiro de cela (26 fev 1999), enviada a David e Mavis Stott.

14. Whittle e Ritchie, *Harold Shipman: Prescription for Murder*, op.cit., p.341.

12. O trabalho com a psicose

1. Sobre as comunidades terapêuticas, ver John Gale et al., *Therapeutic Communities for Psychosis, Philosophy, History and Clinical Practice* (Londres: Routledge, 2008). Piera Aulagnier, *The Violence of Interpretation*, op.cit., p.168 [Ed.bras.: *A violência da interpretação*, op.cit.]. Sobre a variedade das terapias, ver Yrjö Alanen et al. (orgs.), *Psychotherapeutic Approaches to Schizophrenic Psychoses*, op.cit.

2. Aposta existencial, ver Marguerite Sechehaye, "Introduction", in Arthur Burton (org.), *Psychotherapy of the Psychoses*, op.cit., p.7. Frieda Fromm-Reichmann, "Notes on the development of treatment of schizophrenics by psychoanalytic psychotherapy", *Psychiatry*, 11 (1948), p.263-73.

3. Arthur Burton (org.), *Psychotherapy of the Psychoses*, op.cit. Helm Stierlin, "The adaptation to the 'stronger' person's reality: some aspects of the symbiotic relationship of the schizophrenic", *Psychiatry*, 22 (1959), p.143-53. Lewis Hill, *Psychotherapeutic Intervention in Schizophrenia*, op.cit.; e Gregory Zilboorg, "Affective reintegration in the schizophrenias", *Archives of Neurology and Psychiatry*, 24 (1930), p.335-47. Sobre os ideais, ver Lewis Hill, *Psychotherapeutic Intervention in Schizophrenia*, op.cit., p.57.

4. Ideia de futuro: ver Gérard Pommier, *Le dénouement d'une analyse*, op.cit. [Ed.bras.: *O desenlace de uma análise*, op.cit.]. Colette Soler, *L'Inconscient à ciel ouvert*, op.cit. [Ed.bras.: *O inconsciente a céu aberto*, op.cit.].

5. Kurt Eissler, "Limitations to the psychotherapy of schizophrenia", op.cit., p.390.

6. Lewis Hill, *Psychotherapeutic Intervention in Schizophrenia*, op.cit., p.4.

7. Jacob Arlow, "Discussion of Dr. Fromm-Reichmann's Paper", in Eugene Brody e Frederick Redlich (orgs.), *Psychotherapy with Schizophrenics*, op.cit., p.112-20.

8. Alfredo Zenoni, "The Psychoanalytic Clinic in Institution: Psychosis", disponível no endereço <www.ch-freudien-be.org/papers/index.html>.

9. Ellen Corin e Gilles Lauzon, “Positive withdrawal and the quest for meaning”, *Psychiatry*, 55 (1992), p.266-78.

10. Lacan, *De la psychose paranoïaque*, op.cit., p.288 [Ed.bras.: *Da psicose paranoica*, op.cit.].

11. Ver Harry Stack Sullivan, “The modified psychoanalytic treatment of schizophrenia”, *American Journal of Psychiatry*, 11 (1931), p.519-36; *Schizophrenia as a Human Process* (Nova York: Norton, 1962); e François Sauvagnat, “Secrétaire de l’aliéné aujourd’hui”, *Ornicar? digital*, 76 (1999).

12. Bruno Bettelheim, *The Empty Fortress*, op.cit., p.260 [Ed.bras.: *A fortaleza vazia*, op.cit.].

13. Frieda Fromm-Reichmann, “Some aspects of psychoanalytic psychotherapy with schizophrenics”, in Eugene Brody e Frederick Redlich (orgs.), *Psychotherapy with Schizophrenics*, op.cit., p.89-111.

14. Alphonse de Waehlens e Wilfried Ver Eecke, *Phenomenology and Lacan on Schizophrenia, after the Decade of the Brain*, op.cit., p.83.

15. Werner Mendel, “A Phenomenological Theory of Schizophrenia”, op.cit., p.106-55 e 149.

16. Harold Searles, *The Nonhuman Environment*, op.cit., p.302-3.

17. Weigert, “The psychotherapy of the affective psychoses”, p.349-76, in Arthur Burton (org.), *Psychotherapy of the Psychoses*, op.cit., p.374.

18. Ódio: ver M.L. Hayward e J.E. Taylor, “A schizophrenic patient describes the action of intensive psychotherapy”, op.cit., p.218.

19. Yrjö Alanen, *Schizophrenia*, op.cit., p.6-7.

20. Renée, *Autobiography of a Schizophrenic Girl*, op.cit., p.52. [Ed.bras.: M.A. Sechehaye, *Memórias de uma esquizofrênica*, op.cit.].

21. Herman Nunberg, “The course of the libidinal conflict in a case of schizophrenia” (1921), in *Practice and Theory of Psychoanalysis* (Nova York: International Universities Press, 1948), p.24-59.

22. Eugene Brody e Frederick Redlich (orgs.), *Psychotherapy with Schizophrenics*, op.cit., p.15-6.

23. Helm Stierlin, “The adaptation to the ‘stronger’ person’s reality”, op.cit., p.143-52 e 149. Fuga do amor devorador: ver Silvano Arieti, *Interpretation of Schizophrenia*, op.cit., p.560.

24. Gertrud Schwing, *A Way to the Soul of the Mentally Ill* (1940) (Nova York: International Universities Press, 1954). Trilha estreita: ver Arthur Burton, “Paradox and Choice on Schizophrenia”, in Burton (org.), *Case Studies in Counseling and Psychotherapy* (Nova Jersey: Prentice-Hall, 1959), p.257-

81. Gérard Pommier, “Du langage d’organe à l’amour du Nom: le point noeud du transfert dans les psychoses”, *La Clinique Lacanienne*, 15 (2009), p.115-34.

25. Erotomania mortificante: ver Lacan, “Présentation des Mémoires d’un névropathe” (1966), in *Autres Écrits* (Paris: Seuil, 2001), p.213-7 [Ed.bras.: “Apresentação das Memórias de um doente dos nervos”, in *Outros escritos*, trad. Vera Ribeiro, Rio de Janeiro: Zahar, 2003]. Yjrö Alanen, *Schizophrenia*, op.cit., p.212.

26. Testemunha: ver Colette Soler, “Quelle place pour l’analyste?”, *Actes de l’École de la Cause Freudienne*, 13 (1987), p.29-31; e Joseph Attié, “Le psychanalyste à l’école de la psychose”, *Pas Tant*, 13 (1986), p.5-13.

27. Arthur Burton, “The Quest for the Golden Mean: A Study in Schizophrenia”, in *Psychotherapy of the Psychoses*, op.cit., p.172-207, p.185.

28. Casamento: ver Arthur Burton, “The Alchemy of Schizophrenia”, in *Schizophrenia as a Life Style*, op.cit., p.36-105 e 89.

29. Françoise Davoine, Confer Seminar, Tavistock Centre (5 jun 2010).

30. Arthur Burton, “The Alchemy of Schizophrenia”, op.cit., p.81.

Posfácio

1. John Read et al., “Prejudice and schizophrenia: a review of the ‘mental illness is like any other’ approach”, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114 (2006), p.235-54; M.C. Angermeyer e H. Matschinger, “Causal beliefs and attitudes to people with schizophrenia: trend analysis based on data from two population surveys in Germany”, *British Journal of Psychiatry*, 186 (2005), p.331-4. Estudo da OMS: ver Liz Sayce e Claire Curran, “Tackling Social Exclusion across Europe”, in Martin Knapp et al., *Mental Health Policy and Practice across Europe*, op.cit., p.34-59.

2. Robert Whitaker, *Mad in America*, op.cit., p.60; Ian Robert Dowbiggin, *Keeping America Sane* (Ithaca: Cornell University Press, 1997); Stefan Kuhl, *The Nazi Connection: Eugenics, American Racism and German National Socialism* (Oxford e Nova York: Oxford University Press, 1994); e Allan Chase, *The Legacy of Malthus* (Nova York: Knopf, 1975).

3. Helm Stierlin, “Contrasting attitudes towards the psychoses in Europe and the United States”, *Psychiatry*, 21 (1958), p.141-7.

4. Mary Loudon, *Relative Stranger* (Londres, Canongate, 2006), p.334.

5. Perda de tempo: ver Diane Lefevre, Confer Seminar, Tavistock Centre (5 jun 2010). Mentes mais maduras: ver Peter Fonagy e Anthony Bateman, *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder* (Oxford: Oxford University Press, 2004), p.123, 145 e 220.

6. Jacques Hochmann, *Histoire de la Psychiatrie* (Paris: Presses Universitaires de France, 2004).

7. Centro Anna Freud, conforme matéria publicada no jornal *The Times* (12 mai 2007). Peter Fonagy, "Psychotherapy Meets Neuroscience", *Psychiatric Bulletin*, 28 (2004), p.357-9.

8. Don Jackson, *Myths of Madness*, op.cit., p.74. Profecia autocumpridora: ver Nathaniel Lehrman, "Rethinking Schizophrenia", *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, 8 (2006), p.69-76. Continente: ver Yrjö Alanen, *Schizophrenia*, op.cit., p.188.

Coleção Transmissão da Psicanálise

Sobre a Interpretação dos Sonhos
Artemidoro

Fundamentos da Psicanálise
De Freud a Lacan
vol.1 e vol.2
Marco Antonio Coutinho Jorge

Trabalhando com Lacan
Alain Didier-Weill e Moustapha Safouan (orgs.)

Por Amor a Freud
Hilda Doolittle

A Criança do Espelho
Françoise Dolto e J.-D. Nasio

O Pai e Sua Função em Psicanálise
Joël Dor

A Psicanálise de Crianças e o Lugar dos Pais
Alba Flesler

Freud e a Judeidade
Betty Fuks

A Psicanálise e o Religioso
Phillipe Julien

O Que É Loucura?
Darian Leader

Freud

Octave Mannoni

Cinco Lições sobre a Teoria de Jacques Lacan

Como Agir com um Adolescente Difícil?

Como Trabalha um Psicanalista?

A Dor de Amar

A Dor Física

A Fantasia

Os Grandes Casos de Psicose

A Histeria

Introdução à Topologia de Lacan

Introdução às Obras de Freud, Ferenczi, Groddeck, Klein, Winnicott, Dolto, Lacan

Lições sobre os 7 Conceitos Cruciais da Psicanálise

O Livro da Dor e do Amor

O Olhar em Psicanálise

Os Olhos de Laura

Por Que Repetimos os Mesmos Erros?

O Prazer de Ler Freud

Psicossomática

O Silêncio na Psicanálise
J.-D. Nasio

Guimarães Rosa e a Psicanálise
Tania Rivera

A Análise e o Arquivo

Freud – Mas Por Que Tanto Ódio?

Lacan, a Despeito de Tudo e de Todos

O Paciente, o Terapeuta e o Estado

A Parte Obscura de Nós Mesmos

Retorno à Questão Judaica
Elisabeth Roudinesco

O Inconsciente a Céu Aberto da Psicose
Colette Soler

Título original:
What is madness?

Tradução autorizada da primeira edição inglesa,
publicada em 2011 por Hamish Hamilton,
de Londres, Inglaterra

Copyright © 2011, Darian Leader

Copyright da edição brasileira © 2013:
Jorge Zahar Editor Ltda.
rua Marquês de S. Vicente 99 – 1º | 22451-041 Rio de Janeiro, RJ
tel (21) 2529-4750 | fax (21) 2529-4787
editora@zahar.com.br | www.zahar.com.br

Todos os direitos reservados.
A reprodução não autorizada desta publicação, no todo
ou em parte, constitui violação de direitos autorais. (Lei 9.610/98)

Grafia atualizada respeitando o novo
Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa

Imagem da capa: Sem título, 2010 © Wilhelm Sasnal; cortesia de Sadie Coles hq, Londres

Produção do arquivo ePub: Simplíssimo Livros

Edição digital: outubro 2013
ISBN: 978-85-378-1146-7