



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro de Educação e Humanidades

Instituto de Psicologia

Clarissa Alves dos Santos

**O Manejo da Transferência na Paranóia**

Rio de Janeiro

2016

Clarissa Alves dos Santos

**O Manejo da Transferência na Paranóia**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Psicanálise. Instituto de Psicologia, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientador: Prof.Dr.Ademir Ferreira Pacelli

Rio de Janeiro

2016

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CEH/A

S237 Santos, Clarissa Alves dos.  
O manejo da transferência na paranoia / Clarissa Alves dos Santos. – 2016.  
91 f.

Orientador: Ademir Ferreira Pacelli.  
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto  
de Psicologia.

1. Psicanálise – Teses. 2. Transferência – Teses. 3. Paranoia – Teses. I.  
Pacelli, Ademir Ferreira. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto  
de Psicologia. III. Título.

es CDU 159.964.2

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta  
dissertação, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Clarissa Alves dos Santos

## **O manejo da transferência na paranóia**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Psicanálise, Instituto de Psicologia, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovado em: 26 de outubro de 2016.

Banca Examinadora:

---

Prof. Dr. Ademir Ferreira Pacelli (Orientador)  
Instituto de Psicologia–UERJ

---

Prof. Dr. Doris Luz Rinaldi  
Programa de Pós-Graduação em Psicanálise–UERJ

---

Prof. Dr. Maria da Glória Schwab Sadala  
Universidade Veiga de Almeida -UVA

Rio de Janeiro

2016

## RESUMO

SANTOS, Clarissa Alves dos. **O manejo da transferência na paranoia.** 2016. 91f.  
Dissertação (Mestrado em Psicanálise) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

A partir da afirmação freudiana de que pesquisa e tratamento coincidem, esta dissertação propõe uma implicação nas questões que a psicose formula à psicanálise. Apesar do interesse pela psicose, sua objeção à libido transferencial fez Freud afirmar a impossibilidade de tratamento pela técnica psicanalítica. A transferência, cuja conceituação sofreu acréscimos de Freud a Lacan, ocupa um lugar privilegiado para a psicanálise na medida em que é o que sustenta seu próprio modo de operar. A retomada lacaniana tem como marca o preceito de que não devemos recuar diante da psicose. A clínica com sujeitos psicóticos não parte de ignorar a elaboração freudiana mas afirma que se não é impossível, é de outra ordem. Este trabalho de pesquisa parte da aposta que há transferência na psicose e percorre os caminhos trilhados por Freud e Lacan no que diz respeito aos conceitos de transferência e paranóia como um tipo clínico da psicose. As questões são formuladas a partir de casos clínicos de paranóia atendidos em CAPS, que permitem uma articulação de seus elementos com o mecanismo próprio da paranóia, principalmente no que diz respeito à transferência. A partir da construção lacaniana do conceito de metáfora paterna, constata-se a incidência da ausência do significante do Nome-do-Pai tanto na esquizofrenia quanto na paranóia. Contudo a paranóia apresenta a especificidade do mecanismo da *Verhaltung*, que vem a designar a relação do sujeito paranóico com o significante. Os casos clínicos ressaltam elementos que dizem respeito a uma especificidade em relação à transferência na paranóia. Neste contexto, a dissertação propõe articular qual relação possível entre o mecanismo da *Verhaltung* e o algoritmo da transferência.

Palavras-chave: Transferência. Paranóia. *Verhaltung*.

## ABSTRACT

SANTOS, Clarissa Alves dos. **The handling of transference in paranoia.** 2016. 91f.  
Dissertação (Mestrado em Psicanálise) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

As of Freudian statement that research and treatment coincide, this dissertation proposes an involvement on the issues that psychosis formulate to psychoanalysis. Despite the interest in psychosis, his objection to transference libidinal Freud to assert the impossibility of treating using psychoanalytic technique. The transference, whose conceptualization suffered additions from Freud to Lacan, occupies a privileged place for psychoanalysis as far as it supports its own *modus operandi*. Lacanian recovery brings the precept that we should not refuse in face of psychosis. Clinical with psychotic subjects does not stem from ignore the Freudian elaboration but that affirms that even if it's not impossible, it is otherwise. This research begins in the gamble that do exist transference in psychosis and continue along the paths of Freud and Lacan in relation to the transference concepts and paranoia as a clinical type of psychosis. The issues are formulated from clinical cases of *Verhaltens* served in CAPS, which allow an articulation of its elements with the paranoid mechanism, especially in regard of transference. From the Lacanian paternal metaphor concept development, it finds the incidence of the lack of meaningful *Name-of-the-Father* in both schizophrenia and paranoia. However, paranoia presents the specificity of the *Verhaltens* mechanism that designates the relation of the paranoid subject with the meaningful. Clinical cases highlight elements that relate to a specificity regarding the transfer in paranoia. In this context, the dissertation proposes articulate which is the possible relationship between the *Verhaltens* mechanism and the algorithm transference.

Keywords: Transference. Paranoia. *Verhaltens*.

## SUMÁRIO

|       |  |    |
|-------|--|----|
|       | <b>INTRODUÇÃO</b> .....                                    | 6  |
| 1     | <b>A TRANSFERÊNCIA</b> .....                               | 8  |
| 1.1   | <b>Formulações freudianas sobre a transferência</b> .....  | 8  |
| 1.2   | <b>A retomada lacaniana</b> .....                          | 18 |
| 2     | <b>UMA EXPERIÊNCIA CLÍNICA</b> .....                       | 35 |
| 2.1   | <b>Psicanálise e Saúde Mental</b> .....                    | 35 |
| 2.2   | <b>Uma experiência em um CAPS</b> .....                    | 41 |
| 2.3   | <b>Casos Clínicos</b> .....                                | 44 |
| 2.3.1 | <u>Caso Breno</u> .....                                    | 44 |
| 2.3.2 | <u>Caso João Paulo</u> .....                               | 55 |
| 3     | <b>O MANEJO DA TRANSFERÊNCIA NA PARANÓIA</b> .....         | 61 |
| 3.1   | <b>Considerações sobre a paranóia</b> .....                | 61 |
| 3.2   | <b>A paranóia e o mecanismo da <i>Verhaltung</i></b> ..... | 69 |
| 3.3   | <b>O manejo da transferência na paranóia</b> .....         | 73 |
|       | <b>CONCLUSÃO</b> .....                                     | 85 |
|       | <b>REFERÊNCIAS</b> .....                                   | 89 |

## INTRODUÇÃO

Não há psicanálise sem transferência e isso é consequência lógica do fato desta ser o modo de operar da técnica analítica. Nesse sentido, o início da dissertação resgata o contexto histórico da concomitância do aparecimento da transferência e da criação da psicanálise. Ainda que as questões provenientes da relação médico-paciente estivessem postas desde o início do percurso freudiano, a transferência (*Übertragung*) foi desenvolvida enquanto conceito posteriormente. A genialidade de Freud esteve também em deixar-se surpreender pelo amor na construção da técnica que se pretendia científica. A transferência aparece como repetição, resistência e sugestão no desenvolvimento freudiano e o primeiro capítulo abordará suas especificidades. Considerada uma das pedras angulares da teoria psicanalítica das neuroses, a teoria da recalque marca a questão diagnóstica e sustenta a diferença entre neurose e psicose. A teoria freudiana da libido atribuiu a capacidade de estabelecer a transferência exclusivamente à neurose. Freud demonstrou interesse pela psicose, principalmente pela paranóia. E desenvolveu elementos sobre este diagnóstico muito caros à teoria psicanalítica, tendo como marca a análise da autobiografia do presidente Schreber. Mas afirmou a impossibilidade da psicanálise no que diz respeito ao tratamento da paranóia por conta da incapacidade de investimento libidinal que liga o sujeito ao analista no amor de transferência.

O interesse pela paranóia foi compartilhado por Lacan, que escreveu a tese de doutorado intitulada 'Da psicose paranóica em suas relações com a personalidade'. A retomada lacaniana desta questão foi marcada principalmente pelo preceito de que não devemos recuar diante da psicose. Este teve incidência na clínica com sujeitos psicóticos, que não parte de ignorar a elaboração freudiana e sim de implicar os analistas nas questões que a psicose formula à psicanálise. O retorno a Freud marca o campo da linguagem em Lacan, no qual chama de metáfora paterna aquilo que aborda com o Édipo e define as estruturas clínicas. No que diz respeito à psicose, fala sobre a posição do sujeito a partir dos efeitos da forclusão (*Verwerfung*) do *Nome-do-Pai*. Em seu seminário sobre transferência, Lacan aborda a questão pela análise de *O Banquete* de Platão. A conceituação lacaniana da transferência, a partir da criação do objeto *a*, introduz a função inédita do sujeito-suposto-saber (SsS). E constrói o algoritmo da transferência como matema da entrada em análise para formalizar a disjunção entre a pessoa do analista e o SsS. No campo do gozo como inapreensível, Lacan afirma sua teoria dos discursos como as possíveis formas de tratamento. É a partir da análise da possibilidade de tratar o sujeito paranóico pelo discurso do analista que surge o impasse com



o qual esta dissertação pretende se implicar.

Esta pesquisa surge da clínica com sujeitos psicóticos em tratamento nos serviços públicos de saúde mental de alta complexidade, como CAPS e enfermaria de atenção à crise em hospital psiquiátrico. Lacan propôs que nos ocupássemos de tentar responder às questões formuladas pela psicose à psicanálise. Atualmente isso se torna possível a partir do lugar que a psicanálise encontra na clínica dos serviços que atendem a esta clientela. O campo interdisciplinar da Saúde Mental, constituído a partir das conquistas da Reforma Psiquiátrica tornou possível o atravessamento da psicanálise nas práticas dos serviços. Dois casos foram escolhidos para transmitir os elementos do estabelecimento da transferência na paranóia. A partir do questionamento sobre quais lugares pode o analista ocupar no tratamento da paranóia, foi possível legitimar construções que o tratamento permitiu ao sujeito sustentar.

A forma específica que a transferência se deu nestes casos demandou que a pesquisa percorresse também a construção freudiana e lacaniana sobre o mecanismo específico da paranóia. Para além da forclusão do Nome-do-Pai como condição estruturante na psicose, o que diferencia a paranóia é seu mecanismo de retenção (*Verhaltung*). A partir da forclusão do significante da lei, a incidência deste mecanismo faz com que o sujeito se veja retido no significante do trauma. A forma maciça com que a transferência se apresenta nos casos clínicos, produz questões que relacionam o mecanismo da *Verhaltung* e o significante da transferência. Isto possibilita o início do desenvolvimento de uma hipótese que diz respeito ao mecanismo da *Verhaltung* como um facilitador da transferência e de seu manejo na paranóia.

## 1 A TRANSFERÊNCIA

### 1.1 Formulações freudianas sobre a transferência

Onde surge a transferência, que dificuldades nos causa, como as superamos e que vantagens finalmente dela auferimos – estas são questões que devem ser abordadas detalhadamente em um manual técnico de análise.

*Sigmund Freud.*

A psicanálise criada por Sigmund Freud (1856-1939) nasceu com o século XX, quando emergiu ao mundo com a publicação de *A Interpretação dos Sonhos* datada de 1900. Apesar desta marca, Freud (1924[1923]) afirma que isto não seria possível sem o desenvolvimento de ideias mais antigas e elaborações de sugestões anteriores e com isso ressalta a importância dos textos considerados pré psicanalíticos. Este período antecedente teve início com o interesse freudiano pelo aspecto neurológico dos problemas humanos ainda que as influências do psiquiatra austríaco Theodor Meynert (1833-1892) não tenham deixado espaço para as investigações em relação aos pacientes histéricos. A existência da ligação dos aspectos psíquicos com somáticos já era percebida e levou Freud ao trabalho com o anatomista Jean Martin Charcot (1825-1893). Este suspeitou que certas paralisias ocorridas durante um trauma eram de natureza histérica e demonstrou pela sugestão de um trauma sob hipnose que podia provocar artificialmente paralisias do mesmo tipo. A técnica da hipnose como um estado alterado da consciência provocado pela sugestão era utilizada para, ao fazer sumir e aparecer manifestações corporais, provar que a histeria não era anatômica.

Freud (1924[1923]) afirma que assim surgiu a expectativa de que as influências traumáticas poderiam ter um desempenho na produção de sintomas histéricos em todos os casos. E o autor ressalta que o fator decisivo para a psicanálise foi a experiência do médico vienense Josef Breuer (1842-1915) que, com o auxílio da hipnose, estudou e restituiu a saúde em um caso de histeria. Os achados de Breuer foram publicados com Freud como colaborador e este afirma reterem significação única para a compreensão das neuroses. A partir do caso de Breuer, constituiu-se “característica universal dos sintomas o fato de terem surgido em situações que envolviam um impulso a uma ação que, contudo, não fora levada a cabo, mas

sim, por outras razões, fora suprimida.” (FREUD, 1924[1923] p. 217). Breuer comparou as causas precipitantes dos sintomas aos traumas de Charcot e fazia-se notável que estas e todos os impulsos mentais que delas originaram estavam esquecidos pelo paciente como se nunca houvessem acontecido e os sintomas permaneciam inalterados. Por conta de na histeria o afeto desviado passar para uma inervação somática (conversão), a aposta do método catártico utilizado por Breuer era de que ao revivê-lo sob hipnose poderia ser dado outro destino e se livrar do sintoma. Para Freud (1924[1923]) isso era uma prova da existência de processos mentais que eram inconscientes e poderosos. As descobertas e tentativas de uma teoria baseada nelas foram publicadas por Freud e Breuer em *Estudos sobre Histeria* (1895).

As novidades técnicas introduzidas e descobertas efetuadas por Freud após o término da associação entre este e Breuer, transformaram o método catártico em psicanálise. A técnica encontrada por Freud para substituir a hipnose foi o método da associação livre, considerada a regra fundamental da psicanálise. Esta consistia em solicitar os pacientes de se absterem de qualquer reflexão consciente e de comunicarem a sequência de ideias que lhes ocorressem involuntariamente sem objeções. O ganho deste novo método consistiu em tornar possível a compreensão interna de uma ação recíproca de forças já que haviam estado ocultas do observador na técnica da hipnose. Isso torna evidente aquilo que Freud (1924[1923]) ressalta ter dificultado o trabalho, que a revelação do que havia sido patogenicamente esquecido tinha de lutar contra uma resistência constante e muito intensa. E foi a partir das considerações dos fenômenos da resistência que Freud (1924[1923]) é conduzido ao que chama de uma das pedras angulares da teoria psicanalítica das neuroses; a teoria do recalque. Esta tem, no desenvolvimento freudiano, como fundamento um conflito entre dois grupos de tendências mentais e se configura como a causa de toda enfermidade neurótica. O sintoma tendo lugar de satisfação substitutiva como consequência do fenômeno da repressão foi um ponto importante desta teoria que parte da aposta de que o material mental não coincide com o consciente, sendo portanto inconscientes. Isso configura o inconsciente como sendo possível acessar a partir de funcionamentos de ‘órgãos especiais’, o que configura o sintoma como uma via de acesso.

Dentre os fatores que contribuíram para a construção da teoria psicanalítica, Freud (1924[1923]) acrescenta o complexo de Édipo, que chama de complicada relação emocional da criança com os pais, como o núcleo de todo caso de neurose. Ao resgatar a história da psicanálise na contextualização da definição do complexo de Édipo como conceito, Roudinesco (1998) afirma que este termo acabou sendo substituído pela palavra Édipo. Segundo a autora, “Édipo designa ao mesmo tempo o complexo definido por Freud e o mito

fundador sobre o qual repousa a doutrina psicanalítica como elucidação das relações do ser humano com suas origens e sua genealogia familiar e histórica” (ROUDINESCO, 1998 p. 166). Nisso se sustenta a definição por esta autora, do complexo de Édipo como:

(...) a representação inconsciente pela qual se exprime o desejo sexual ou amoroso da criança pelo genitor do sexo oposto e sua hostilidade para com o genitor do mesmo sexo. Essa representação pode inverter-se e exprimir o amor pelo genitor do mesmo sexo e o ódio pelo sexo oposto. (...) Seu declínio marca a entrada num período chamado de latência, e sua resolução após a puberdade concretiza-se num novo tipo de escolha de objeto. (ROUDINESCO, 1998 p. 166).

Freud (1924) afirma a importância do complexo de Édipo por ser este o fenômeno central do período sexual da primeira infância. Ao afirmar que posteriormente se efetua sua dissolução e sucumbe a regressão, o autor questiona sobre o que ocasiona tal destruição. Aposta no que as análises demonstravam, que é a experiência de desapontamentos penosos. Este questionamento enfatiza o fato de serem inevitáveis experiências aflitivas que agem em oposição ao conteúdo do complexo. Quinet (2011) refere-se ao mito do Édipo como a forma épica de referir ao inconsciente, como a ficção do comprometimento simbólico. Este autor afirma ainda que Freud desvelou que a função imaginária do falo é o pivô do processo simbólico que vem arrematar o complexo de castração como questão própria do sexo para os dois sexos. O complexo de castração é tomado por Freud em dois tempos, o primeiro com as ameaças de castração durante a masturbação infantil e o segundo a ameaça surtirá efeito quando da descoberta da ausência do pênis na mulher, na mãe em particular. “Quando o complexo de castração tem efeito, dá-se o abandono da atitude edípica – é o que Freud denomina naufrágio do complexo de Édipo, o qual sucumbe ao recalque.” (QUINET, 2011, p. 10). Freud (1924[1923]) associa isso ao comportamento do paciente para com seu analista, no qual surgem certos fenômenos de transferência emocional, que tiveram “*grande importância para a teoria e técnica, do mesmo modo.*” (FREUD, 1924[1923], p. 222).

A influência das questões que envolviam a relação médico-paciente no tratamento apareceu desde a utilização da hipnose, se configurando como uma das ideias mais antigas que foram desenvolvidas posteriormente. Freud (1895) acrescentou a técnica da pressão na cabeça para vencer a inibição ou favorecer as associações e pontuou os fenômenos que apareceram como obstáculos ao processo. A perturbação na relação entre médico e paciente apareceu constituindo o pior obstáculo possível de se deparar. Ao verificar que o paciente está transferindo para a figura do médico as representações aflitivas que emergem do conteúdo da análise, Freud (1895) afirma que a transferência para o médico se dá por meio do que chamou de falsa ligação. Na língua alemã, ‘*Übertragung*’ é substantivo do verbo ‘*übertragen*’ que está

traduzido no dicionário<sup>1</sup> como *transmitir, passar para, confiar a, transferir, transportar* etc. Este substantivo nomeia o que é o próprio modo de operar da Psicanálise desde sua criação: a transferência. Freud (1895) utiliza o ‘*Übertragung*’ pela primeira vez para nomear o

endereçamento ao médico, associado ao material que originou o sintoma histérico causado pela repressão, propondo a interpretação da transferência como forma de remover o obstáculo e se aproximar deste material.

A contextualização do percurso freudiano torna-se necessária na medida em que o aparecimento da transferência é concomitante ao surgimento da psicanálise. Apesar do termo ter aparecido pela primeira vez no texto de 1895, será desenvolvido enquanto conceito posteriormente. E é por ter estado sempre em questão no tratamento que este tema ocupa um lugar privilegiado na teoria e prática psicanalítica. Pensar o lugar que o analista pode ocupar torna-se indispensável para sustentar algo fundamental ao trabalho analítico: o manejo da transferência. Na comparação freudiana, o analista a maneja com os riscos que um químico manipula materiais explosivos. O manejo possibilita o tratamento e assim a psicanálise se afirma como método para tratar das neuroses pela via da transferência. O percurso freudiano na construção deste conceito incluiu também a incursão na vida erótica dos indivíduos e a possibilidade de se surpreender com o amor, que pode ser tão perigoso quanto um explosivo. Neste percurso é possível achar a transferência em três diferentes formas, como repetição, resistência e sugestão. Isso faz com que Miller (1988) a assinale como extremamente polimorfa, adquirindo diferentes valores como um conceito evanescente que se confunde com outros conceitos. Este capítulo visa uma aproximação das contribuições freudianas em suas construções sobre o conceito de transferência e o que estas se articulam no que diz respeito ao tratamento da paranóia.

O termo *Übertragung* está em ‘A Interpretação dos Sonhos’, onde Freud (1900) supõe que a força psíquica que está em ação e despoja os elementos com alto valor psíquico, cria novos valores a partir de elementos de baixo valor psíquico que depois penetram no conteúdo do sonho. E a partir disso afirma que “ocorrem *uma transferência e um deslocamento de intensidade psíquicas* no processo de formação do sonho, e é como resultado destes que se verifica a diferença entre o texto do conteúdo do sonho e o dos pensamentos oníricos.” FREUD (1900, p. 305, grifo do autor). Neste primeiro momento o termo é usado para falar de “*transferência de sentido, de deslocamento, de utilização pelo desejo, de formas alheias a ele, das quais se apodera e as quais carrega, infiltra e dota de uma nova significação.*” Miller

---

<sup>1</sup> Michaelis, Dicionário Escolar Alemão

(1988, p. 80). Mesmo que depois o termo tenha assumido um significado mais especializado na teoria freudiana, trata-se dos disfarces do desejo que, inconsciente, aparece a partir de representações anódinas. Nesse sentido, o desejo se apodera dessas formas banais despojadas de significação e proporciona um significado novo.

A partir do Caso Dora, trabalhado por Freud (1905) em ‘Fragmento da análise de um caso de histeria’, a transferência passa a ter uma significação mais precisa, se produzindo quando o desejo se dirige ao analista. Este endereçamento diferencia o lugar dado ao analista do de sua pessoa e conduz à compreensão que o analista não é exterior ao inconsciente do paciente. Foi para esclarecer as particularidades do caso Dora que Freud (1905) se disse obrigado a falar em transferência. Este caso marca sua importância por ter sido o que fez Freud se deparar com o analista ocupando lugar de interesse especial para o paciente, ocupando seus pensamentos e desencadeando seu amor. Assim, a transferência aparece como o amor que surpreende a técnica psicanalítica. Miller (1988) resgata que a transferência não estava prevista na teoria de Freud e propõe nos permitirmos uma certa surpresa com relação à emergência do amor em uma atividade que se apresenta como científica e terapêutica.

A produtividade da neurose se exerce na criação de pensamentos inconscientes, chamados por Freud (1905) de transferências. Estas foram definidas como “reedições, reproduções das moções e fantasias que, durante o avanço da análise soem despertar-se e tornar-se conscientes, mas com a característica (...) de substituir uma pessoa anterior pela pessoa do médico.”(FREUD, 1905, p. 111). O autor destaca que o que é revivido, não o é como algo do passado e sim a partir do vínculo atual com o médico e muitas vezes não se diferenciam de seu modelo para além de aparecer por uma substituição. Assim a transferência já se sustentava como indispensável à técnica analítica. Freud (1905) chega a considerá-la incontornável por ser utilizada para produzir os obstáculos que tornam o material inacessível ao tratamento. Para o autor, a transferência não é criada pelo tratamento e sim revelada por este. Ainda que destinada a constituir o maior obstáculo à psicanálise, se transforma em sua mais poderosa aliada quando se consegue traduzir ao paciente aquilo que foi detectado.

Nos Escritos Sobre a Técnica, Freud (1911-1915) se ocupa de explicar o fenômeno da transferência e conseqüentemente conceituá-lo. No texto A Dinâmica da Transferência, Freud (1912) constrói uma explicação abordando o que está em jogo na vida erótica dos indivíduos, que a conduzem a partir de um método específico; o clichê estereotípico. Em relação aos impulsos que determinam o curso desta, considera provável que tanto a parte que passa por todo o processo de desenvolvimento psíquico e se direciona para a realidade quanto a que permaneceu inconsciente participem da formação das escolhas que se faz na vida amorosa.

Essa probabilidade sustenta a ideia de que a aproximação que o indivíduo possa vir a fazer das pessoas com ideias libidinais antecipadas esteja associada com a não satisfação pela realidade da necessidade que se tem de amar. Para o autor isso torna possível entender que o investimento libidinal de alguém que se ache parcialmente insatisfeito dirija-se também para a figura do médico. Ao pensar que este investimento recorrerá ao que chama de protótipos, incluindo o médico em uma das “séries” psíquicas já formadas pelo paciente, a transferência aparece aqui para Freud (1912) como repetição. Neste ponto duas questões norteiam o desenvolvimento freudiano. A primeira é sobre o porquê a transferência seria tão mais intensa nos indivíduos neuróticos em análise do que em outros que não estão sendo analisados. Na experiência clínica as interrupções do paciente são formas de aparecer a transferência na medida em que estão associadas a relação com o médico e a indicação de Freud (1912) é que isso seja apontado. Esta primeira questão é dissipada ao concluir que as características da transferência não devem ser atribuídas à psicanálise e sim a neurose. A segunda é sobre a razão pela qual a transferência surge como a resistência mais poderosa ao tratamento. O conceito junguiano de introversão é trazido por Freud (1912) para nomear o aumento da parte da libido que se torna inconsciente e diminuição da parte capaz de tornar-se consciente. E isso para o autor é o que está em jogo no trabalho da análise, quando afirma que esta irá rastrear a libido objetivando torná-la acessível à consciência. E são as forças utilizadas no processo de regressão da libido que, ao se depararem com a retirada desta de seu esconderijo, aparecerão como resistências ao trabalho da análise. E Freud (1912) afirma que a análise tem que lutar contra estas. Seguir a concepção freudiana neste ponto é, para Miller (1988), tomar o combate entre a libido do paciente e a demanda do analista como sendo o motor do tratamento. O pensamento freudiano põe a transferência como o que satisfaz a resistência por aparecer à frente das associações possíveis. Assim Freud (1912) afirma que o papel desempenhado por esta no tratamento só pode ser explicado se entrarmos na consideração de suas relações com as resistências. É neste ponto em que é feita sua inversão de obstáculo em alavanca e assim a distinção entre a transferência negativa e positiva. Os sentimentos hostis em relação ao médico configuravam a negativa, enquanto os sentimentos amistosos foram atribuídos à positiva. Esta pôde ser ainda dividida entre os sentimentos afetuosos admissíveis à consciência e os que inconscientemente remontam a fontes eróticas. A solução para o enigma da segunda questão aparece quando Freud (1912) propõe que seja removida a transferência negativa e a erótica e conserve a amistosa. Assim admite que os resultados da psicanálise baseiam-se na influência de uma pessoa por meio dos fenômenos transferenciais possíveis, ou seja, na sugestão. A observação freudiana inclui que a transferência negativa seja encontrada

lado a lado com a afetuosa na neurose, ao que chama de ambivalência e considera responsável pela habilidade neurótica em colocá-la a serviço da resistência.

A questão da transferência é novamente abordada por Freud (1915) pela via do amor, após ter afirmado o estabelecimento de relações amorosas a partir de protótipos infantis que se repetem na vida e incluem o analista. No texto sobre o amor transferencial, Freud (1915) vai afirmar a psicanálise como método para tratar das neuroses pela via da transferência, independente da forma que esta apareça. O autor sustenta esse posicionamento a partir da questão do manejo de uma transferência erótica, na situação de enamoramento da paciente para com o analista, marcando que isso diz respeito à transferência e não à pessoa do analista. E por conta do caráter de repetição da transferência, Freud (1915) afirma que encaminhar a paciente faria com que isso se repetisse com o próximo médico e assim sucessivamente. O enamoramento se apresenta como interferência na continuação do tratamento e por isso se configura como resistência. Freud (1915) implica o analista no aparecimento deste amor por ter sido provocado pela situação analítica e intensificado pela resistência. Isso parece sustentar a afirmação de que não seria indicado instigar a paciente a suprimir seus instintos no momento em que admite sua transferência erótica. Se o analista está no lugar de quem evoca este amor ao instituir o tratamento analítico para tratar a neurose, trazer o reprimido à consciência para reprimi-lo novamente seria como invocar um espírito dos infernos para deixá-lo ir embora sem lhe fazer nenhuma pergunta. A implicação do analista não corresponde à possibilidade de atender a demanda da paciente. Ao contrário, a indicação freudiana é que o analista se abstenha de satisfazer aos anseios de amor da paciente, que assim servirão de forças para o trabalho de análise a fim de provocar mudanças. A abstinência se sustenta para que a paciente não tenha êxito em atuar, ou seja, em repetir na vida real o que deveria ter apenas lembrado, reproduzindo como material psíquico e mantido dentro da esfera dos eventos psíquicos. Miller (1988) afirma que satisfazer o desejo da paciente seria o triunfo da repetição sobre a recordação e se configuraria em infidelidade à associação livre como regra fundamental da psicanálise já que dizer tudo o que vem à cabeça é poder recordar ao invés de repetir no presente. E, ainda que o amor possa representar um perigo ao tratamento, assim como um material explosivo apresenta ao ser manipulado por um químico, Freud (1915) marca a importância de bancar o tratamento como possível.

A compulsão à repetição é objeto de estudo freudiano em 1920 no texto Além do princípio do prazer. Neste, o autor afirma que o inconsciente não oferece resistência nenhuma ao tratamento e atribui a compulsão à repetição a este reprimido inconsciente. Sua construção não deixa espaço para dúvidas a respeito do fato da resistência do eu funcionar sob a



influência do princípio do prazer, ou seja, busca evitar o desprazer que seria produzido pela liberação do reprimido. A relação da compulsão à repetição com o princípio do prazer remonta ao que estava em jogo na repressão, já que o que é reexperimentado nesta compulsão traz à luz o material reprimido, causando desprazer. Esse desprazer não contradiz o princípio do prazer : desprazer para um sistema e simultaneamente satisfação para outro. Mas traz algo novo já que a compulsão à repetição também rememora do passado experiências que não são prazerosas e que nunca trouxeram satisfação, nem mesmo aos impulsos reprimidos. Miller (1988) considera uma evolução o que coloca o inconsciente freudiano como não resistindo e sim pedindo-se a dizer, emergir, abrir passagem. Além disso, considera de extrema importância para a construção lacaniana sobre o tema, que será desenvolvida no próximo tópico deste capítulo.

O momento no qual Freud (1912) marca a transferência como o que possibilita o trabalho de análise é o mesmo que coloca a análise dos pacientes paranóicos na via da impossibilidade.

O confronto do eu com experiências, representações e pensamentos podendo suscitar um afeto tão aflitivo que o sujeito acaba por esquecê-lo é relatado por Freud (1894) como causador da histeria, obsessões e psicoses alucinatórias. A atitude defensiva do eu em relação à representação incompatível faz com que não se possa erradicar o traço mnêmico e o afeto ligado à representação, que será enfraquecida ao retirar-lhe o afeto do qual está carregado. É o caminho que tomado por este afeto que deve ser utilizado de outra forma que representará a diferença na formação das estruturas. Freud (1894) explica o funcionamento psíquico na psicose relatando que o eu rejeita a representação incompatível juntamente com seu afeto e se comporta como se a representação jamais lhe tivesse ocorrido. O eu rechaça a representação incompatível, inseparavelmente ligada a um fragmento da realidade, através do que chamou de uma fuga para a psicose. Logo, ao romper com a representação, o eu se desliga total ou parcialmente da realidade. Os casos de paranóia são descritos como tendo a capacidade de transferência essencialmente limitada ao tipo negativa, impossibilitando a influência ou cura.

Em ‘Introdução ao Narcisismo’, Freud (1914) tenta incluir os parafrênicos<sup>2</sup> na hipótese da teoria da libido e se depara com duas características dos mesmos que chama atenção: megalomania e desvios de seu interesse do mundo externo. Por conta deste desvio do interesse de pessoas e coisas, o autor marca a impossibilidade de acessá-los pela via da

---

<sup>2</sup>Apesar deste termo ter sido usado anteriormente para designar ‘demência precoce’ e ‘esquizofrenia’, se distinguindo da ‘paranóia’, neste texto de 1914 parafrênia foi empregado para abranger tanto ‘demência precoce’ quanto ‘paranóia’.

psicanálise. A explicação freudiana do afastamento do parafrênico do mundo inclui a função da fantasia na neurose. Isso porque o sujeito neurótico também desiste de sua relação com a realidade mas isso não significa que corte suas relações eróticas com as pessoas e coisas, já que ainda as retém na fantasia. Contudo os parafrênicos tiram sua libido do mundo externo sem substituí-las por outras na fantasia e neste caso Freud (1914) aponta o eu como destino desta libido.

O método operante do tratamento psicanalítico é afirmado por Freud (1915/1916) como a suspensão do recalque e remoção das precondições para a formação dos sintomas, através da substituição do que está inconsciente por consciente. Apesar de observar a peculiaridade da defesa paranóica pelo fato da censura ser proveniente de fora, o percurso freudiano a reconhece como uma repressão acarretada pelo conflito entre o eu e a libido, assim como na histeria e neurose obsessiva. Se o modo de operar da psicanálise estava sendo sustentado pela via da supressão da repressão, as patologias nas quais as repressões não pudessem ser desfeitas, a análise não teria o que esperar. Assim Freud (1915/1916) retoma a questão da impossibilidade do êxito no tratamento psicanalítico com os paranóicos, melancólicos e sofrendores de demência precoce, nos quais não consegue remover uma única resistência ou suprimir uma repressão.

Diante da não compreensão deste fato e questionando-se a respeito dos fatores determinantes do possível êxito nas neuroses, constata que o paciente neurótico, além de desejar uma saída para seus penosos conflitos, desenvolve especial interesse pela pessoa do médico. Esse interesse que leva o paciente a falar e considerar o que escuta do médico, mais adiante aparece como resistência ao tratamento. Freud (1915/1916) atribui isso ao fato do paciente ter transferido para o médico intensos sentimentos de afeição que não se justificam pela conduta do mesmo e nem é criado pela situação do tratamento. Essa atribuição mostra que se trata de um fenômeno intimamente ligado à natureza da neurose e configurado como transferência de sentimentos à pessoa do médico. Ao voltar no que chamou de transferência negativa em seu texto de 1915, Freud (1915/1916) inclui os sentimentos hostis para com o médico naquilo que chamou de transferência. O que se configurava como ameaça, se transforma no melhor instrumento da análise. Isso se dá na medida em que permite mostrar ao paciente que seus sentimentos não se originam da situação atual e não se aplicam à pessoa do médico e sim que algo está se repetindo. A transferência como o melhor instrumento para o tratamento ocupa lugar central no tratamento da histeria e neurose obsessiva, chamadas de ‘neuroses de transferência’.

Na direção de remover a repressão tentando tornar consciente as resistências que

fazem o paciente não recordar, Freud (1914) afirma ter se deparado com a compulsão à repetição. O autor afirma que a repetição é transferência do passado esquecido e esta é um fragmento de repetição. Em relação à resistência, inclusive pela experiência com a hipnose onde esta é posta de lado e o recordar é ideal, Freud (1914) afirma que quanto maior a resistência, mais a repetição substitui o recordar. Ao não recordar o que reprimiu, o paciente reproduz como atuação (*acting out*) sem saber que está repetindo. Se a compulsão à repetição é compreendida como a maneira de recordar do paciente, este não terá como fugir disso enquanto estiver em tratamento. Logo, a doença não pode ser tratada como um acontecimento do passado e sim como uma força atual. E Freud (1914) afirma que o principal instrumento para reprimir a compulsão à repetição e transformá-la em um motivo para recordar reside no manejo da transferência. A análise enquanto campo definido no qual a compulsão pode se afirmar, a torna útil e admitida “à transferência como a um playground no qual se espera que nos apresente tudo no tocante a instintos patogênicos, que se acha oculto à mente do paciente.” (FREUD, 1914, p.169).

Freud (1914) produz a neurose de transferência como uma nova neurose, que Miller (1988) chama de “doença artificial própria da psicanálise”. Isso por conta da afirmação de Freud (1914) de que a psicanálise fornece a todos os sintomas do paciente um novo significado transferencial (*Übertragungsbedeutung*) e substitui sua neurose por uma neurose de transferência que pode ser curada pela análise. Assim, a transferência ocupa lugar intermediário entre a doença e a vida real, através da qual a transição de uma para outra é efetuada. As ‘neuroses de transferência’ são a histeria e a neurose obsessiva, em cujos tratamentos a transferência tem papel central. Isso se dá por conta da capacidade de catexia libidinal de objetos, que é possível na neurose e ausente naquelas que Freud (1915/1916) chamou de neuroses narcísicas. Essa afirmação é seguida da tentativa de explicar por que os esforços terapêuticos não tem êxito nestas. A ausência de capacidade para a catexia e consequente rejeição ao médico com indiferença impedem que seja executado o mecanismo da revivescência do conflito patogênico e a superação da resistência devido à regressão. Neste ponto Freud (1915/1916) parece fazer alusão à construção delirante enquanto tentativa de cura ao afirmar que já foram empreendidas tentativas de recuperação por conta própria, que levaram a resultados patológicos. “Não manifestam transferência, e, por esta razão, são inacessíveis aos nossos esforços e não podem ser curados por nós.” (FREUD, 1915/16, p. 448).

A transferência como sugestão é o que permite o manejo e baseia a influência da técnica analítica, já que para Freud (1916) a análise age sobre a própria transferência,

deslindando o que nela se opõe ao tratamento e ajustando o instrumento que se deseja impactar. Esse viés inclui o mecanismo de cura a partir da teoria da libido e Freud (1916) afirma que a tarefa terapêutica consiste em liberar libido de suas ligações atuais, subtraídas do eu, para que possam ser novamente utilizadas pelo eu. A libido no neurótico encontra-se ligada ao sintoma enquanto satisfação substitutiva e através do trabalho analítico pela via da transferência, sua capacidade de catexia permite que invista-se a libido que estava anteriormente no sintoma, na figura do médico. Com isso a neurose torna possível a criação, na transferência, de novas edições dos antigos conflitos. E isso se configura como doença transferencial artificialmente formada em lugar da doença verdadeira que, em lugar dos objetos irrealis da libido, estaria o objeto imaginário na pessoa do médico. A transferência se configura, segundo Freud (1916) em um campo de batalha na qual forças em choque se enfrentam. Isso porque a primeira fase do trabalho terapêutico se dá com toda a libido sendo retirada dos sintomas e colocada na transferência e a segunda quando trava-se a luta por esse novo objeto e a libido é liberada dele. Freud (1916) atribui o fracasso em algumas tentativas de tratamento aos diagnósticos de paranóia e demência precoce, os considerando inadequados ao método por serem inacessíveis. O estabelecimento da transferência se dá a partir da catexia objetual e esta capacidade está associada exclusivamente a neurose, o que faz Freud (1916) colocar a psicanálise em dívida no que diz respeito à paranóia já que esta não é influenciada por sugestão.

## **1.2 A retomada lacaniana**

O percurso freudiano da transferência foi marcado pelo fato desta ser indispensável ao tratamento analítico e de estar associada exclusivamente à neurose. Na análise de Freud do livro de Schreber, que será discutida no capítulo sobre a paranóia, aparecem elementos que apontam para o lugar que este dava ao médico em sua doença. Isso faz com que nos deparemos com a questão da transferência na psicose desde Freud, apesar do autor não ter ido adiante. Foi com o psicanalista francês Jacques Lacan (1901-1981) que isso pôde ser retomado e seu ensino é marcado pela convocação de que não devemos recuar diante da psicose. Em seu seminário III indica, em relação ao tratamento oferecido aos psicóticos, que as contraindicações se dão por conta da prática clínica que inclui um caso no qual a psicose foi desencadeada pelo início da análise. Vinte anos depois, Lacan afirma que o analista não

deve recuar diante da psicose. Dessas duas indicações, Quinet (2011) depreende que o analista não deve recusar-se a tratar de psicóticos e deve estar atento à importância do diagnóstico quando a psicose não foi desencadeada já que isso terá influência na direção da cura e na manobra da transferência. Quinet (2011) identifica a introdução lacaniana da concepção a ser formada da manobra da transferência em “De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose” como um “não querer ultrapassar Freud.”. O autor vê uma linha de orientação lacaniana na prática analítica com psicóticos, a manobra da transferência por um lado e a precaução na utilização da técnica analítica de outro. Ao retomar o contexto histórico da loucura, Lacan (1967) fala no sentido de questionar como tratar o sujeito psicótico a partir da proposta de que não é uma questão humanitária e então não é prendendo e isolando os loucos. Soler (2007) ressalta a importância de que não recuar diante da psicose consista em resolver os problemas que esta formula à psicanálise para depois extrair as consequências do obstáculo que ela opõe a seu tratamento *por meio da transferência*. Segundo Miller (1995) apesar da conceituação lacaniana da transferência ser estritamente freudiana, ela sofreu uma transformação e situa em seu fundamento a função inédita do sujeito suposto saber.

Para acompanhar o que do ensino de Lacan sustenta o tratamento na psicose, será preciso aproximar-se do conceito de transferência e do mecanismo das estruturas clínicas, assim como foi feito em relação ao percurso freudiano. O ensino de Lacan possibilita a distinção de dois campos definidos, o da linguagem e o do gozo, tendo um período intermediário marcado pela conceitualização do objeto *a*. O campo da linguagem se dá a partir do retorno a Freud através do inconsciente estruturado como linguagem com suas leis da metáfora e metonímia. Aquilo que chamou de metáfora paterna é abordada com o Édipo e estrutura a diferença entre neurose e psicose. A metonímia como lei do desejo situará a direção do tratamento, ou seja, a transferência e interpretação. Nessa inserção lacaniana do Édipo no campo da linguagem, o objeto *a* aparece como causa de desejo. A teoria lacaniana do significante antecedendo o significado é uma inversão da decomposição do signo lingüístico em significado e em significante de Saussure<sup>3</sup>. Ao afirmar que a linguagem faz o sujeito, Lacan (1967) sustenta que um significante é o que representa o sujeito para outro significante. A questão de como o significante aparece antes do sujeito introduz a questão do campo da dimensão do Outro; como um lugar definido como necessário para essa origem da cadeia significante. Para Lacan (1962) a presença do Outro (A) é anterior a tudo que se possa elaborar na análise.

---

<sup>3</sup>O esquema proposto pela lingüística moderna de Ferdinand de Saussure, cujo esquema proposto coloca o significado acima da barra e embaixo do significante

Em relação ao Édipo, Lacan propõe três tempos. No primeiro tempo lógico a criança é identificada ao objeto de desejo da mãe a partir da equivalência simbólica proposta por Freud que permite essa posição da criança de identificação com o falo materno. A mãe sendo submetida à lei simbólica, implica que a criança receba a incidência dessa lei, como explica Quinet (2011). Nesse primeiro tempo, a mãe ocupa o lugar de um Outro absoluto e a criança responde do lugar de objeto de Desejo da Mãe. O estádio do espelho formulado por Lacan como a construção lógica correspondente a formação do eu por intermédio da imagem do outro, configurando uma imagem de unidade. A unidade do eu é totalmente imaginária e essa primeira imagem corresponde ao eu-ideal. Quinet (2011) afirma ainda que a formação do eu através da imagem do outro, do seu duplo especular, atribui ao eu a particularidade de ser essencialmente paranóico, justificada pelo fato de o eu estar sempre acompanhado de seu duplo especular, esse eu-ideal. O investimento da formação do eu por intermédio da imagem do outro corresponde ao que Freud chamou de narcisismo primário, registro no qual é encontrada a projeção como mecanismo de defesa. Por não haver mediação simbólica, o outro da identificação é ao mesmo tempo rival e igual (a-a’).

Essa mediação simbólica é inaugurada no segundo tempo lógico do Édipo, marcado pelo jogo do *fort-da* descrito por Freud como processo de simbolização do aparecimento e o desaparecimento da mãe ao representá-la pelo objeto e pela palavra. A mediação entre a criança e a mãe não ocorre sem a intervenção de um terceiro que introduza a lei da interdição, impedindo que a criança fique objeto de uso mãe. Este terceiro é introduzido a partir do que no discurso da mãe representa o pai, e é a metáfora paterna; o Nome-do-Pai. Esse significante corresponde ao que é evocado pela mãe para significar que seu desejo está em outro lugar que não só na criança e que é também submetida a uma lei. O Nome-do-Pai enquanto função simbólica incide sobre o Outro, que antes era ocupado inteiramente pela mãe. Esse tempo do Édipo trata da castração simbólica e o falo como objeto imaginário do desejo da mãe passa para o nível de significante do desejo do Outro, constituindo-se o inconsciente como barrado ao sujeito. A significação do falo é evocada no imaginário do sujeito e este paga por isso o preço do desaparecimento do falo já que o efeito da castração simbólica aparece no imaginário como falta. Quinet (2011) ressalta o falo como o significante que permitirá ao sujeito atribuir significações a seus significantes e a situar-se na ordem simbólica e na partilha dos sexos como homem ou mulher. “O sujeito passa de uma posição de ser o falo a uma posição falta-a-ser, entrando na dialética do ter ou não ter.” (QUINET, 2011, p.13).

A passagem da posição de ser o falo para tê-lo, significando seu pênis, no menino, marca o declínio do complexo de Édipo que instaura o terceiro tempo lógico do Édipo. O pai

evocado pela mãe aparecerá como suporte imaginário para o ideal do eu, cuja matriz simbólica é o significante do Nome-do-Pai. Assim, a entrada do sujeito na ordem simbólica é marcada pela inclusão do significante do Nome-do-Pai no Outro, produzindo as questões referidas ao sexo e a existência possíveis somente para o sujeito neurótico.

Assim, a abordagem do complexo de Édipo a partir do que Lacan chamou de metáfora paterna, em que o Nome-do-Pai opera como barra ao desejo da mãe, tem como consequência a significação fálica. O Outro (A) é barrado, ou seja, há uma interdição de seu gozo e o *a* é aquilo que resta, que cai do Outro. Lacan (1967) fala do conceito de objeto *a* a partir de sua relação com o desejo, posto pelo que falta a partir da relação com o Outro. E diz que o objeto *a* é a fórmula geral disso que se manifesta de maneira absolutamente decisiva e causal precisamente na determinação disso que a descoberta do inconsciente permitiu perceber, ou seja, a divisão do sujeito. O objeto *a* é um recurso lacaniano para representar esse resto, o que não é simbolizado e por isso está como causa de desejo. “O Édipo é o preço que se paga para advir como sujeito da linguagem que é, portanto, condenado a lidar com a falta, com a castração simbólica e com o recalque, impedindo que a verdade do sujeito possa ser dita por inteiro.” (QUINET, 2011, p.16). O Outro lacaniano existe então como inconsistência, concernido ao desejo na medida do que lhe falta e de que não sabe. Sendo assim o Outro (A) não pode ser definido em sua totalidade por lhe faltar significante para tal e é assim o lugar onde se institui o Outro da falta. A referência ao Édipo como “armadura significante mínima que condiciona a entrada do sujeito no mundo simbólico” (QUINET, 2011, p.7) aponta para o fato de que é a partir da ordem simbólica que se deve pensar a questão da psicose. A ela está associado justamente não pagar esse preço do comprometimento simbólico, a situando na relação com o significante. O correlato do diagnóstico diferencial de Freud em Lacan são as estruturas clínicas, o que está associado à direção do tratamento. Em Lacan, o diagnóstico pode ser feito a partir do simbólico com as formas de negação dessa castração do Outro e corresponde às estruturas clínicas: neurose, psicose e perversão.

Na psicose o retorno disso que foi negado do simbólico se dá também fora do simbólico, no registro do Real e daí então foracluído, para expressar esse também fora do simbólico. É a foraclusão do Nome-do-Pai. Há ausência do significante do Nome-do-Pai que faça barra ao Outro, fazendo restar o objeto *a*. E um Outro sem barra é um Outro que tudo pode, sem limite de gozo. Quinet (2011) resgata a importância de Lacan falar da psicose como estrutura clínica que se revela no dizer do sujeito e corresponde a um modo particular de articulação dos registros do real, simbólico e imaginário. Essas três dimensões, que encontram fundamento na estrutura do aparelho psíquico proposto por Freud, ordenam a estrutura da

psicose, sua causa, seu mecanismo e seus efeitos. Hanna (2000) explica que o imaginário tem como característica a consistência que une e coincide com o registro do eu articulando-se no eixo da significação. Em relação ao simbólico, a autora retoma que Lacan em ‘A carta roubada’ lhe confere o estatuto de cadeia significante. O real, fundamental para se entender o fenômeno psicótico, tem como última definição o impossível. E assim acentuando que trata-se da estrutura da linguagem, ou seja, da relação do sujeito com o significante. Freud (1911) retoma sua afirmação de que o recalcado tinha sido projetado para fora e afirma que o que foi abolido dentro volta do lado de fora. Foi a partir disso que Lacan mostra que o que é foracluído no simbólico retorna no real. A partir da diferenciação de recalque e foraclusão (*Verwerfung*) que esta aparece como mecanismo específico da psicose. Quinet (2011) ressalta que a abolição da lei simbólica pela foraclusão do Nome-do-Pai coloca em causa todo o sistema significante. A não inscrição do significante do Nome-do-Pai no Outro acarreta os distúrbios de linguagem, como por exemplo a alucinação.

No seminário lacaniano dedicado ao tema da transferência foi desenvolvido o objeto *ágalma* a partir do exame de *O Banquete*, de Platão. Para falar de transferência, Lacan (1961) resgata o diálogo de Platão cujo tema principal é o amor. O Banquete refere-se a uma espécie de rito, uma cerimônia com regras que se dá em uma reunião de amigos atenienses na casa de Agatão, amado de Sócrates e premiado na noite anterior, para discursar sobre o amor. Haviam decidido não beber mas foram interrompidos pela chegada de Alcibíades e seus companheiros embriagados, tomando a palavra e fazendo declarações com caráter escandalosos. Desde o início, Lacan chama atenção para a posição de Sócrates e de Alcibíades.

No que diz respeito a Sócrates, Lacan solicita que não se perca de vista que no elogio do amor, ele sabe alguma coisa. Seu discurso segue após o derrisório de seu atual amado Agatão, a quem interroga: “*Este amor de que falas, é ou não é amor de alguma coisa? Amar e desejar alguma coisa é tê-la ou não tê-la? Pode-se desejar o que já se tem?*”. Neste ponto é sublinhado a função da falta, sustentando que o sujeito deseja o que lhe falta essencialmente.

A partir do discurso de Sócrates, Lacan fala da questão do amor como falta, relacionada com o desejo e trilha o caminho da transferência pela via do desejo de algo que falta e que se supõe o saber no analista. A dialética socrática interroga o significante sobre sua coerência de significante e isso para Lacan assegura a autonomia da lei do significante, preparando o campo do verbo que lhe terá permitido criticar todo o saber humano enquanto tal. Para falar sobre o amor, Sócrates relata seu diálogo com Diotima, marcado pela pergunta que ele lhe faz: ‘*Então, se o amor não é belo, é porque ele é feio?*’. Isso é próprio da lei do significante; o que não é belo é feio. Diotima questiona por que tudo o que não é belo seria



feito, introduzindo o mito do nascimento do amor, que só existe em Platão. No mito, o Amor é filho de Poros e Penia, cujas traduções são resgatadas por Lacan como recurso e pobreza, respectivamente. A análise lacaniana do mito ressalta que, no momento em que Aporia (sem recursos) engendra Amor com Poros, quem tinha os olhos abertos era Aporia. Ela viera para os festejos do nascimento de Afrodite e permaneceu, por ser aporia, degraus abaixo, próximo da porta, como explica Lacan o mito platônico. E como em uma festa acontecem coisas que invertem a ordem comum, Poros adormece por estar embriagado e isso permite Aporia fazer-se emprenhar por ele, tendo o filho que se chama Amor e cuja data de concepção coincide com a de Afrodite. Com isso, estabelece-se a relação do amor com o belo, já que Afrodite é uma deusa bela, e do que se trata no desenvolvimento de Diotima.

É a partir disso que Lacan afirma que as coisas ficam claras no que diz respeito ao fato de que o masculino que é desejável e o feminino que é ativo e acrescenta que pelo menos é assim que as coisas acontecem no nascimento do Amor. Na interpretação lacaniana, é o que Sócrates traz do discurso de Diotima que introduz que o belo não tem relação com o ter, com o que possa ser possuído e sim com o ser, falando propriamente, com o ser mortal. Diotima introduz o Amor como sendo da natureza dos demônios por ser intermediário entre os mortais e imortais e faz um paralelo com o que é intermediário entre a ciência e a ignorância. Este paralelo é ressaltado por Lacan, que chega a sua fórmula que ‘amar é dar o que não se tem’. Se sobre o Amor, Sócrates é quem tem o saber e ele escolhe trazer o discurso de Diotima, o que está em jogo nesse discurso é que Sócrates só pode se colocar em seu saber demonstrando que, sobre o amor, só existe discurso do ponto onde não se sabe. O que ele sabe sobre o amor é que só é possível falar do amor a partir do não saber.

A entrada de Alcibíades embriagado fazendo declarações sobre seu amor a Sócrates marca sua importância por mudar tudo. Depois da confissão pública, Sócrates responde a Alcibíades dizendo que não foi a ele que falou e sim a Agatão. Essa entrada que faz tudo mudar, leva Lacan a introduzir, pela via do enigma, o termo Agalma e dizer que Alcibíades faz entrar em jogo um outro e isso é fazer com que não haja apenas um, “há dois outros, no mínimo três”. Passa-se da relação dual em Diotima para um outro registro no qual a triplicidade aparece para entregar o essencial da descoberta analítica, a topologia a ser alcançada sob o tema do amor.

Alcibíades entra nos detalhes de sua aventura com Sócrates, tentando fazer com que este manifestasse seu desejo. Lacan chama atenção para a comparação que Alcibíades faz de Sócrates com sileno, ressalta que o importante é o que está no interior e traz o agalma como objeto precioso que está no interior. O percurso lacaniano a respeito deste termo o leva a

concluir que se trata do objeto parcial, que tem como função ser alguma coisa visada pelo desejo, acentuando um objeto entre todos. “Se esse objeto os apaixona é porque ali dentro, escondido nele, há o objeto do desejo, agalma.” (LACAN, 1961 p.188). Assim, este afirma que a análise é um método que avançou no campo do desejo e que a dialética analítica gira em torno da função fundamental do objeto. E propõe que se possa situar esse objeto na topologia tripla do sujeito, do pequeno outro e do grande Outro. Sócrates responde Alcibíades “Tudo o que você acaba de dizer de tão extraordinário, (...) foi para Agatão que o disse” (LACAN, 1961 p.191). Lacan interpreta, partindo da aposta de que há agalmata em Sócrates que provoca o amor de Alcibíades, que é apenas pelo outro e para o outro que este, como todo mundo, quer fazer saber a Sócrates do seu amor. Alcibíades considera que em Sócrates está o tesouro, objeto indefinível e precioso, depois de ter desencadeado seu desejo. Ao que Alcibíades sabe que capturou o desejo de Sócrates, Lacan interroga sobre o porquê precisa receber de Sócrates o sinal de um desejo. Sócrates se recusa a entrar no jogo do amor, o que está relacionado com o ponto de partida, é que ele sabe o que está em jogo nas coisas do amor. ‘E diremos que é porque Sócrates sabe que ele não ama’ (LACAN, 1961 p196). Assim, o autor afirma que Sócrates recusa mostrar a Alcibíades a metáfora do amor, que seria admitir-se como amado. É uma recusa de ter sido desejável, digno de ser amado e que se dá porque, para ele, não há nada que seja amável nele. Sócrates não dá sinal de seu desejo na medida em que recusa ter sido objeto digno do desejo de Alcibíades.

Lacan afirma que o mistério da significação do amor está na subjacência da insciência como não saber constituído enquanto tal onde se situa a dignidade de amado para cada um dos parceiros. E chama atenção para a impassibilidade de Sócrates no que diz respeito a não suportar ser tomado como amado e associa isso à sua posição de uma profunda indiferença a tudo o que se passa em torno dele, ainda que seja o mais dramático. Ao elogiar Agatão, Sócrates então responde à demanda de Alcibíades, pelo ato de colocação no plano do Outro universal. Ao afirmar que Alcibíades deseja o objeto único que viu em Sócrates e do qual este desvia porque sabe que não o tem, chega no ponto em que Sócrates busca em Agatão o agalmata, que Lacan chama de ponto supremo onde o sujeito é abolido na fantasia. Lacan evoca como suporte do pensamento, a dialética intrasubjetiva do ideal do eu, do eu ideal e do objeto parcial (agalma) e conclui que o demônio de Sócrates é Alcibíades, que envia a mensagem que os deuses tem a lhe dar. Lacan fala da reciprocidade do logro, na medida em que Alcibíades mostra a presença do amor apenas na medida em que Sócrates, que sabe, pode enganar-se ali, e só acompanha enganando-se.

Para Lacan, a declaração de Alcibíades sobre o objeto agalma, revela uma estrutura

possível de articular como fundamental na posição do desejo. Retoma as elaborações formuladas quanto à posição do sujeito, com sua fórmula geral dada pelo *splitting*, desdobramento fundamental das duas cadeias significantes onde se constitui. “Com relação à cadeia significante inconsciente como constitutiva do sujeito que fala, o desejo se apresenta como tal numa posição que somente pode se conceber com base na metonímia determinada pela existência da cadeia significante.” (LACAN, 1961, p.214). Lacan chama de metonímia a possibilidade de deslizamento indefinido dos significantes sob a continuidade da cadeia significante. A partir disso é possível pensar que um objeto pode assumir também para o sujeito o valor essencial que constitui a fantasia fundamental e que é por aí que o desejo se coloca no sujeito como desejo do Outro (A). Esse grande Outro é definido como lugar da fala, que existe sempre nas relações com o outro (a). Lacan caracteriza o Outro como lugar submetido ao que o garante evanescente e nos coloca também em na mesma posição. Assim, situa o amor no mais-além da demanda do sujeito, já que a questão sobre o que o Outro pode dar e ao que tem para nos responder, que se liga o amor. “Todo o problema consiste em perceber a relação que liga o Outro ao qual se dirige a demanda de amor à aparição do desejo.” (LACAN, 1961, p.215) O autor afirma que o que está em questão no desejo é um objeto, não um sujeito e que neste ponto reside o mandamento de fazer do objeto um objeto diante do qual vacilamos, desaparecemos como sujeito. O objeto enquanto supervalorizado aparece como tendo a função de salvar a dignidade do sujeito, fazendo do sujeito algo distinto de um sujeito submisso ao deslizamento infinito do significante. Isso, para Lacan, salva a individualidade já que esta não diz respeito a sermos algo único mas consiste na relação privilegiada em que culminamos como sujeito no desejo.

Lacan fala que a transferência foi descoberta por Freud como um processo espontâneo e manejável pela interpretação e portanto, permeável à fala e é ele próprio colocado em posição de sustentáculo da ação da fala. O autor articula essencialmente a repetição pela via da transferência, que não é uma simples apassivação do sujeito já que, por ser em ato, existe na manifestação da transferência algo de criador. Lacan toma a questão pela via do enigma do por que é preciso que o sujeito repita perpetuamente uma significação. No desenvolvimento desta questão, ressalta a construção de elementos pelo sujeito na transferência e desenvolve a importância do seu fenômeno no fato de que é constitutivo que ela se manifesta na relação com alguém a quem se fala. Com isso, faz fronteira à associação da transferência com a repetição que a própria existência do inconsciente constitui, já que na análise existem repetições ligadas à constante da cadeia significante do sujeito mas são distintas da transferência.

Ao que Alcibíades tenta fazer de Sócrates seu bom objeto (agalma), o deixa como o invólucro daquilo que é seu objeto de desejo e quis dele sinal como forma de saber que o objeto estava a sua mercê. Lacan diz que o desejo é o desejo do Outro e é aqui que está a mola do nascimento do amor, se este é aquilo que se passa nesse objeto em direção ao qual estendemos a mão pelo nosso próprio desejo. E quando o desejo faz eclodir seu incêndio, nos deixa aparecer essa outra mão que se estende para nós, bem como seu desejo.

É na medida em que não sabe o que Sócrates deseja, e que é o desejo do Outro, é nessa medida que Alcibíades é possuído por um amor do qual se pode dizer que o único mérito de Sócrates é designá-lo como amor de transferência, e remetê-lo ao seu verdadeiro desejo. (LACAN, 1961 p. 225).

A última articulação lacaniana do Banquete passa pelo que desta cena permite estruturar em torno da posição de dois desejos a situação do analisado na presença do analista. E aponta a necessidade de que se situe corretamente a posição que o próprio analista ocupa com relação ao desejo constitutivo da análise, que é aquilo que se engaja o sujeito, a saber: O que ele quer? Para o autor essa questão recorta a definição do desejo como desejo do Outro. Lacan afirma que pelo simples fato de haver transferência o analista está implicado na posição de ser aquele que contém o agalma, o objeto fundamental de que se trata na análise do sujeito, como condicionado por essa relação de vacilação do sujeito que caracterizamos como o que constitui a fantasia fundamental, como o que instaura o lugar onde o sujeito pode se fixar como desejo. E ressalta que para reconhecê-la, é preciso que o analista saiba particularmente que o critério de sua posição correta não é que ele compreenda ou não compreenda.

Lacan propõe aproximar-se da relação da demanda do sujeito com seu desejo já que o que está em questão na análise nada mais é que a emergência da manifestação do desejo do sujeito. Insiste ainda na questão da compreensão, colocando o que isso implica a responder à demanda do sujeito e afirma que a demanda não é explícita, é implícita e oculta para o sujeito, é algo que deve ser interpretado. O autor diz que tudo aquilo que é, no sujeito que fala, tem que se situar num mais-além que é a demanda de amor e em um aquém da demanda que é o desejo com aquilo que o caracteriza como condição na especificidade do objeto parcial.

Lacan volta ao exame das fases e das demandas, das exigências do sujeito tais como são abordados nas interpretações. No que diz respeito à demanda oral, é a demanda de ser alimentado, que se dirige a este Outro que espera e que pode ser designado como o lugar do Outro. E é a este Outro que está dirigida, pelo sujeito, a demanda de ser alimentado. E Lacan diz que toda demanda, por ser fala, tende a se estruturar no fato de que ela atrai do outro sua

resposta invertida. Assim, por força da estrutura significante, à demanda de ser alimentado, no lugar do Outro, a demanda de se deixar alimentar. Lacan pontua que esse encontro de demandas causa um conflito, no qual manifesta-se que esta demanda é transbordada de desejo e que a extinção ou esmagamento da demanda na satisfação não poderia produzir sem matar o desejo. Lacan chama atenção para a ambivalência que é o fato de que em toda demanda, é igualmente implicado que o sujeito não quer que ela seja satisfeita, para salvaguarda do desejo. Ao se questionar sobre esse desejo, Lacan afirma que a demanda oral tem outro sentido além da satisfação da fome, ela é demanda sexual. A libido sexual, mesmo sendo um excedente, torna inútil toda satisfação da necessidade e à esta, ela recusa a satisfação para preservar a função do desejo. Lacan afirma que ao que é respondido à demanda, resulta a preservação do campo da fala. E portanto a possibilidade de reencontrar sempre aí o lugar do desejo e daí se fazer da frustração compensada o termo da intervenção analítica.

Em relação à demanda na fase anal, Lacan chama de demanda de reter o excremento, na medida em que ela funda, alguma coisa que é um desejo de expulsar. O que deixa isso complexo é que a expulsão é também exigida, por quem educa e aí é demandado ao sujeito dar alguma coisa que satisfaça a expectativa do educador materno. Aqui não se trata mais da relação simples entre uma necessidade e sua forma demandada, ligada ao excedente sexual, e sim de uma disciplina da necessidade e a sexualização só se produz no movimento de retorno à necessidade. Lacan afirma o campo da dialética anal como verdadeiro campo da oblatividade, que é o termo da fantasia obsessiva retratada em “tudo para o outro” como dizer do obsessivo. Essa fase anal se caracteriza pelo fato do sujeito só satisfazer uma necessidade para a satisfação do outro. O desejo vem ser simbolizado por aquilo que é suprimido na operação e assim Lacan diz que o desejo, literalmente, vai à merda. Com isso, afirma a necessidade do analista observar a relação básica do sujeito como desejo com o objeto mais desagradável para que seja dado grande passo na análise das condições do desejo. Em relação à posição de compreender, Lacan afirma que no nível anal, ainda mais que em qualquer outro lugar, devemos ser reservados quanto à compreensão do outro. Lacan diz que se o sujeito está em uma relação singular com o objeto de desejo é porque ele foi inicialmente, ele próprio, um objeto de desejo que se encarna. Assim, a fala como lugar do desejo é este Poros onde estão os recursos e o desejo como Sócrates nos ensinou a articular, é falta de recursos, aporia.

Em relação à fase genital, Lacan chama atenção para o primeiro encontro do sujeito com o falo, um objeto privilegiado no campo do Outro, objeto que vem em dedução do estatuto do outro como tal. Lacan afirma que no nível do desejo genital da fase da castração, o outro é o Outro subtraído do phi, que vem simbolizar o que falta ao Outro enquanto se pode

confiar na sua resposta à demanda e o desejo deste Outro é um enigma enlaçado com o fundamento estrutural da castração. “É aqui que vamos encontrar a ponta do que constitui o impasse e o problema do amor, a saber, que o sujeito não pode satisfazer a demanda do Outro senão rebaixando-o, fazendo deste Outro o objeto de seu desejo.” (LACAN, 1961, p.274).

Lacan desenvolve a questão de que guardar o falo como símbolo do desejo tem sua preciosidade revelada pela experiência analítica e a propõe como um problema. E explica que o centro do paradoxo do complexo de castração é que o desejo do Outro, na medida em que é abordado no nível da fase genital, não pode ser aceito no que chama de seu rito. Isso porque o órgão só é trazido e abordado se transformado em significante, e para isso é cortado. Assim o falo como significante ( $\phi$ ) tem um lugar de suplência onde o Outro é constituído por haver um significante que falta. Lacan afirma que é na proporção de uma certa renúncia ao falo que o sujeito entra na posse da pluralidade dos objetos que caracterizam o mundo humano.

Sobre o desejo do analista, Lacan interroga a que devem os analistas se considerarem implicados na transferência e afirma que o que está em questão é da ordem do que concerne ao ser do analista. Lacan retoma a metáfora do desejante no amor ao afirmar que ela substitui como metáfora o desejado, que é o desejante no outro. E a partir disso diz que o amor é dar o que não se tem, já que o amor como resposta implica o domínio do não saber e associa isso a uma invenção de Platão por este ter inventado que somente a miséria (Penia) pode conceber o Amor.

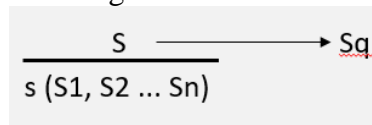
Lacan aborda ainda no seminário da transferência o problema da angústia, afirmando que o sinal da angústia tem uma ligação necessária com o objeto de desejo, já que esta é o último e radical modo sob o qual o sujeito continua a sustentar a relação com o desejo. Lacan retoma o Banquete para, através da posição de Sócrates ao responder Alcibíades, afirmar que a função do desejo se produz sempre em algum lugar, quer o sujeito esteja no lugar de desejado ou desejante. Sócrates afirma nada conhecer das coisas do amor e se mantém para nós como desejante e enquanto tal nada pode dizer de si, ou seria abolido como desejante. Lacan acentua a importância disso quando se trata de formular aquilo que, nessa resposta ao outro construída pela análise, delinea a forma específica do lugar do analista. Em relação à angústia, Lacan afirma que sendo esta uma relação de sustentação do desejo, este é um remédio para a angústia.

Lacan conclui o seminário sobre a transferência dizendo que o que Sócrates sabe, o analista deveria ao menos entrever, que, no nível do pequeno  $a$ , a questão é inteiramente diferente daquela do acesso a um ideal. Sobre o amor, diz que esse só pode circundar o campo do ser. E o analista só pode pensar que qualquer objeto pode preenchê-lo e é justamente aí que

é levado a vacilar, no limite onde se coloca a questão do que vale qualquer objeto que entre no campo do desejo. E diz que o luto em torno do qual está centrado o desejo do analista é que não há objeto que tenha maior preço que um outro. Retoma-se a frase de Sócrates à Alcibíades “Tudo o que diz a mim é para ele” para chamar a atenção que é a Agatão, sobre quem vai incidir o elogio de Sócrates. Aí está a função do analista, diz Lacan, com aquilo que ela comporta de um certo luto e completa dizendo que isso reúne uma verdade que o próprio Freud deixou fora do campo daquilo que ele podia compreender.

O amor como mola da transferência estava presente no ensino de Lacan desde o Seminário 1. Mas é no seminário 11 que o autor liga o amor ao Sujeito suposto Saber como pivô da transferência. Neste seminário Lacan nomeia a transferência como um conceito fundamental e diz que este é determinado pela função que tem em uma prática, ou seja, o modo de tratar os pacientes o comanda. A presença do analista é tomada ela própria como uma manifestação do inconsciente, este como a soma dos efeitos da fala sobre um sujeito, nesse nível em que o sujeito se constitui pelos efeitos do significante. Lacan conceitua o que chamou de *sujeito suposto saber* (SsS) como o pivô no qual se articula tudo o que se relaciona com a transferência. O analista ocupa o lugar do Outro para o sujeito que endereça sua fala, ao oferecer a escuta de qualquer coisa que lhe tenha a dizer. E a abertura à transferência se dá pela resposta a esta oferta, quando o paciente se entrega à livre associação. A transferência lacaniana está então, fundamentada no próprio dispositivo de tratamento, como uma consequência imediata do procedimento freudiano, da regra fundamental da psicanálise. O amor de transferência, que decorre da instalação do SsS, se dirige aquele a quem se supõe ter o saber. A psicanálise se interessa pela verdade do inconsciente e o sujeito neurótico busca o saber a partir do dispositivo analítico, depositando no analista no lugar de Outro, um suposto Saber. O Sujeito suposto Saber se configura pela relação estabelecida entre sujeito e saber, através de um suposto. “Um sujeito não supõe nada, ele é suposto. Suposto, ensinamos nós, pelo significante que o representa para outro significante.” (LACAN, 1967, p. 253). O SsS não significa que isso se encarne na pessoa do analista, que o analisante possa crer em um saber. Essa disjunção da função do sujeito suposto saber da pessoa do analista é formalizada por Lacan (1967) pelo algoritmo da transferência, com o saber em seu lugar de adjacência da suposição:

Figura 1 - algoritmo da transferência



Fonte: Lacan, 1967

Quinet (2005) afirma ser este algoritmo o matema da entrada em análise, a formalização à própria estrutura da entrada em análise. Neste, o Significante da transferência (S) é o significante do sujeito que se dirige a um significante qualquer (Sq) representado pelo analista, que pode ser denominado por um nome próprio ou algum traço particular. “Essa escolha do analista é formalizada por Lacan como uma articulação de dois significantes que corresponde ao estabelecimento da transferência – transferência significante.” (QUINET, 2003, p.27). O  $s$  abaixo da barra representa o “sujeito resultante, que implica dentro dos parênteses o saber, supostamente presente, dos significantes que estão no inconsciente.” (LACAN, 1967, p.254). Essa formalização representa a disjunção da função do sujeito suposto saber da pessoa do analista na medida em que, nela, o Sq que representa o analista, não tem relação com o saber inconsciente. Se o sujeito suposto saber não significa que o analista detenha o saber sobre o sujeito, estamos falando de como as coisas se dão na neurose, estrutura na qual o sujeito é suposto pelo significante. Contudo, na psicose, o que é ressaltado por diversos autores sobre esse tema é a proximidade entre saber e gozo que tem como consequência que o sujeito psicótico tenha certeza que o Outro saiba sobre ele, se colocando como objeto desse gozo do Outro. Esta experiência do sujeito suposto saber na psicose quando o analista encarna esse lugar de tudo saber sobre o paciente dá notícias do que é esse lugar.

Ao questionar sobre o efeito do estabelecimento do sujeito suposto saber, Quinet (2003) afirma ser o amor sob o aspecto de resistência ao desejo como desejo do Outro. Resistência na medida em que, ao surgimento do desejo sob forma de questão, o analisante responde com amor. Conectado ao estabelecimento do sujeito suposto saber, a tarefa do analista é fazer surgir nessa demanda a dimensão do desejo que surge como desejo do Outro e levando o sintoma à categoria de enigma pela ligação implícita do desejo com o saber, como constrói Quinet (2003) a explicação da questão. O autor ressalta que o fato da demanda se desvencilhar do sintoma, permite que este apareça ao sujeito como algo a ser decifrado na dinâmica da transferência intermediado pelo sujeito suposto saber. Ainda que a definição lacaniana de transferência seja que “amor que se dirige ao saber”, a finalidade não é o saber e sim o objeto causa do desejo, objeto *a* como o que confere a ela seu aspecto de real do sexo. Essa concepção de transferência se contrapõe aquela que apresentava, desde a conceituação freudiana, o caráter de repetição em que os significantes da demanda são endereçados ao Outro do amor em que é colocado o analista. “É o objeto *a* que, ao vir obturar a falta constitutiva do desejo, se torna esse objeto maravilhoso do qual, para Alcebiades, Sócrates era o continente (...).” (QUINET, 2003, p. 30).



Quinet (2003) afirma que a posição que o analista deve assumir é diferente em relação a Sócrates, já que deve consagrar-se a *agalma* como essência do desejo. O preço a se pagar por esta posição é ver-se reduzido a um significante qualquer, em nome desse *agalma* no qual Lacan reconheceu o objeto *a*. É a partir deste ponto que se sustenta a identidade entre o algoritmo da transferência e a *agalma* no *Banquete*. “O surgimento desse sujeito suposto saber é correlato ao objeto *a* do qual o analista, diferentemente de Sócrates, deve “fazer-de-conta (...)”.(QUINET, 2003, p.31).

A conceitualização do objeto *a* a partir dos conceitos de angústia e pulsão, torna possível a constituição do campo do gozo e a teoria dos discursos como laços sociais. Tendo como ponto de partida o *Das Ding* do texto freudiano e do objeto *agalma* da transferência é construído o objeto *a*. Quinet (2011) ressalta que esta conceitualização permitiu a Lacan retomar a direção do tratamento e redefinir a transferência, como faz no seminário 11 ao situar em seu fundamento a função inédita do sujeito suposto saber. No que diz respeito à psicose, seu funcionamento inclui a não extração do objeto *a*, que emerge então como olhar ou voz. A característica do objeto *a* de ser o que causa o desejo, posto pelo que falta a partir da relação com o Outro, o configura como a fórmula geral do que se manifesta na determinação da divisão do sujeito. Se o desejo depende do desejo do Outro, é na medida em que demanda de *a*, o que não acontece na psicose, já que nesta estrutura o sujeito o detém.

Então, a forclusão do nome do pai faz existir um Outro para o sujeito psicótico que não é barrado, ou seja, não tem o objeto *a* como causa de desejo. Nessa lógica, o sujeito psicótico se vê como objeto de gozo do Outro. O gozo é sem limites, não se deixa apreender completamente e o campo do gozo é “operatório e conceitual, estruturado pela linguagem por meio de seus aparelhos (...) de tratamento do gozo nos laços sociais:os discursos.” (QUINET, 2006, p. 27). Sua manifestação se dá pela repetição significativa e na perda de gozo produzida pelo funcionamento do aparelho, apresentada pelo objeto *a*, mais de gozar. Neste campo, o objeto *a* representa a presença da libido nos discursos definidos como laços sociais. Essa questão do discurso como laço social sendo um modo de aparelhar o gozo com a linguagem foi desenvolvido por Lacan em seu seminário livro 17. Lacan aborda os discursos, em razão dos laços sociais serem estruturados pela linguagem, para explicar as quatro formas de se relacionar: governar, educar, psicanalisar e fazer desejar. Isso é feito a partir da retomada das considerações freudianas sobre a principal causa do sofrimento do homem ser o relacionamento com outros homens. Quinet (2001) explica que o laço social é representado pelo discursos como forma de aparelhar o gozo já que a civilização exige do sujeito uma renúncia pulsional. Nesse contexto o mal estar é representado pelo objeto *a* como parte

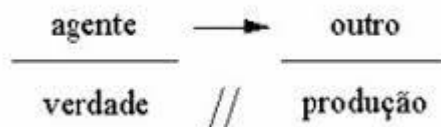
excluída da linguagem. E na associação destas com os discursos, governar corresponde ao *discurso mestre/senhora*, educar representa o *discurso universitário* regido pelo saber, analisar representa o *discurso do analista* e fazer desejar corresponde ao *discurso da histérica* ao levar o mestre não só a querer saber mas também a produzir um saber. O discurso do analista diz respeito ao laço social inventado por Freud no qual o ‘analista se apaga como sujeito por ser apenas causa libidinal do processo analítico’. (QUINET, 2006) A descrição desses quatro laços sociais é feita pela circulação dos elementos - S1 (significante-mestre), S2 (o saber), \$ (o sujeito) e *a* (o objeto mais-de-gozar) - na ocupação sucessiva dos quatro lugares - a verdade (que sustenta o laço social ao mesmo tempo que é escondida), o agente do discurso que domina o laço social, o outro a quem o discurso se dirige ou se submete e a produção que é o que resta da aparelhagem do gozo.

O significante enquanto tal não é mais o significante que barra o gozo como Nome-do-Pai no campo da linguagem. No campo do gozo, o Um do significante (S1) só existe como significante do transbordamento, significante do excesso e do fracasso, que, apesar de mestre, não o domina. Ele é o significante do encontro marcado e faltoso com o sexo, o significante do trauma que se repete ao longo da vida do sujeito. (QUINET, 2006, p. 28, grifo meu)

Todo tratamento se dá através de um discurso, ou seja, se insere em um laço social. Portanto é uma das quatro modalidades de laço social: governar, educar, analisar e fazer desejar. No campo do gozo, o significante é a causa do gozo, para além de referir a ele. A ‘estrutura’ da linguagem referida ao campo da linguagem se transforma em ‘as estruturas’ dos discursos no campo do gozo. Contudo, assim como a segunda tópica freudiana não exclui a primeira, o campo do gozo não exclui o campo da linguagem. Nesse contexto, Sadala e Martinho (2011) interrogam se a teoria lacaniana sobre *sinthoma*, desenvolvida no seminário 23 a partir do estudo da função da obra de Joyce, descarta o diagnóstico diferencial estrutural, imprimindo uma modificação na direção do tratamento analítico. As autoras explicam que o *sinthoma*, diferente do sintoma como mensagem cifrada lida em termos de traços que se deixa interpretar, surge com outra envoltura formal e é uma cifra de gozo que escreve o irreduzível da estrutura. A partir desse desenvolvimento, respondem à questão que colocam, afirmando que a clínica do *sinthoma* proposta por Lacan ao inserir a psicanálise no campo do gozo, “permite um acréscimo à clínica das estruturas subjetivas ordenadas pelo complexo de Édipo, e não a exclusão deste.” Trata-se de “investigar não só a relação estrutural do sujeito e suas estratégias para lidar com o desejo e o gozo do Outro, mas também a maneira singular de o sujeito se inserir ou deixar de se inserir nos laços sociais”. (SADALA; MARTINHO, 2011)

A próxima ilustração representa os matemas criados por Lacan para escrever os discursos do mestre, universitário, da histórica e do analista, a partir dos lugares estabelecidos no campo do sujeito e no campo do Outro.

Figura 2 - Lugares



Fonte: Lacan, 1969

Figura 3 - Discursos

| Discurso do Mestre                         | Discurso Universitário                     |
|--|--|
| $\frac{S_1}{\$} \rightarrow \frac{S_2}{a}$ | $\frac{S_2}{S_1} \rightarrow \frac{a}{\$}$ |
| Discurso da Histórica                      | Discurso Analista                          |
| $\frac{\$}{a} \rightarrow \frac{S_1}{S_2}$ | $\frac{a}{S_2} \rightarrow \frac{\$}{S_1}$ |

Fonte: Lacan, 1969

Ao explicar a função dos elementos dos discursos, Quinet (2006) retoma que em Lacan o S1 é o significante tomado a partir de sua propriedade de comando de gozo. O significante é um, não pode ser partido. O traço unário como matriz da identificação simbólica é a marca do Um. Assim como traz o S2 como a repetição do S1, a repetição do gozo que implica o reencontro com a falta de gozo já que quando repete não é mais S1. S2 é o saber inconsciente que se constitui através da repetição do S1. Sendo assim, o S2 como saber é um meio através do qual o sujeito goza. O \$ é irrepresentável, é uma resposta do real da repetição significante do gozo. O objeto *a* é definido no campo do gozo como mais de gozar, como o que cai com o gasto gerado na tentativa de obter a experiência de S1 na repetição.

A definição lacaniana de sujeito como aquilo que um significante representa para outro significante surge pelo discurso do mestre. Neste o S1 representa a instauração de um governo, que tem por trás sujeitos (\$) dominando outros sujeitos que devem saber produzir. No discurso universitário, o educar se dá pelo saber como universal sustentado por autores do mesmo. No discurso histórico, o sujeito do inconsciente com seu sintoma e sua divisão, causa com o objeto *a* como verdade, o desejo do mestre. E é no discurso do analista, “o analista como semblante e objeto *a* se sustenta em seu ato na verdade do saber sobre a castração, a falta e a inexistência da relação sexual.” (QUINET, 2006, p.33). Assim, é o analista como

objeto *a* que representa o saber para o analisante. E é isso que permite situar do lado do analista o sujeito suposto saber (SsS), onde o saber do lado do analista desvela a estrutura; um objeto representando o saber. Quinet (2006) retoma o que Lacan afirmou sobre a referência de um discurso ser aquilo que ele confessa querer dominar para dizer que no discurso do analista, a referência é o analisante, pois se este não é “dominado” pelo objeto causa de desejo não há análise. E com isso ressalta que “o discurso do analista é o único laço social que trata o outro como um sujeito.” (QUINET, 2006, p. 35). Além disso, o discurso do analista apresenta sua peculiaridade no que diz respeito também ao S1 já que neste discurso o significante mestre não precisa necessariamente ser encarnado por alguém.

No campo do gozo, Lacan aborda o Édipo por uma perspectiva diferente daquela feita anteriormente a partir da articulação a lei com o desejo. Contudo não deixa de abordá-la, segundo Quinet (2006) a partir de seu avesso, revelando o gozo em questão no assassinato de Laio e do gozo incestuoso, modalidades de gozo experimentadas por Édipo que tiveram como consequência a castração e a queda do objeto (olhar). No campo do gozo, Lacan retoma a mesma definição de pai real como agente da castração. Contudo o real que antes correspondia a realidade passa a corresponder o impossível. O pai morto do mito da horda primitiva (Totem e Tabu) passa a ser visto pela ótica de seu assassinato, correspondendo ao gozo e não ao pai simbólico como antes. Assim como essa temática do Édipo é realocada no campo do gozo, no saber do discurso do analista encontra-se o Nome-do-Pai. Quinet (2006) interpreta que no discurso do analista é o saber (S2) que sustenta o ato analítico e portanto é neste discurso que o saber do Édipo está no lugar da verdade como castração, revelando que é um saber não-totalizado. Com isso, é possível afirmar que o Nome-do-Pai estrutura os quatro discursos como laços sociais. E por conta deste significante estar foracluído na psicose, o sujeito é definido como fora-do-discurso. O autor ressalta que isso não impede todas as tentativas de estabelecimento de laço social, na medida em que está tanto no campo da linguagem quanto no campo do gozo. Como pensar o tratamento na psicose na teoria dos discursos já que o sujeito está fora-do-discurso será desenvolvido no capítulo 4 a partir da especificidade da paranóia.

## 2 UMA EXPERIÊNCIA CLÍNICA

### 2.1 Psicanálise e Saúde Mental

No contexto que poderia ser particularmente favorável a uma clínica psicanalítica com a psicose, a Reforma Psiquiátrica é hoje uma esperança se ela puder também se instrumentalizar pela psicanálise, esperança de que talvez ela venha a dar o ambiente suficiente para levar às últimas consequências o convite de Lacan aos psicanalistas: não recuem diante da psicose!

*Alberti, 2010, p. 23*

No século XVII, por meio de um longo processo, o hospital que antes abrigava os miseráveis, pobres, mendigos e doentes, foi transformado em instituição médica. Essa nova modalidade de hospitais que passou a cumprir uma função de ordem social e política mais explícita foi chamado de Hospital Geral. O advento deste hospital, para Foucault (apud AMARANTE, 2007) foi de fundamental importância para a definição na sociedade ocidental de um novo ‘lugar social’ para loucura. E neste contexto do Hospital Geral, o médico Philippe Pinel propôs a liberdade aos loucos ao desacorrentá-los. Embora desacorrentados, não deixavam de estar submetidos a um tratamento asilar, em completo isolamento. A construção pineliana de tratamento moral como aquele que restitui ao homem a liberdade perdida pela alienação é vista por Amarante (2007) como não estando totalmente superadas ainda nos dias atuais. Aqui o tratamento aparece como isolamento, a partir da necessidade de manter o alienado afastado da sociedade. Na tentativa de resgatar o potencial terapêutico da instituição psiquiátrica, foram organizadas instituições denominadas colônias de alienados a partir de uma proposta de trabalho terapêutico. As colônias também mostraram-se práticas asilares tradicionais. Após a Segunda Guerra, a sociedade se deparou com a ausência de dignidade humana nas condições de vida dos pacientes psiquiátricos nos hospícios. Neste contexto surgiram muitas experiências de reformas psiquiátricas em vários países, que formaram diversos grupos como os da Psicoterapia Institucional e Comunidade Terapêutica, Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Preventiva e a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática. Para além

da peculiaridade do que estava em jogo para cada grupo de movimento em relação ao tratamento psiquiátrico, é considerável destacar a experiência italiana de reforma. Na Psiquiatria Democrática, com início nos anos 60, seu protagonista Franco Basaglia formulou originalmente uma prática de superação ao manicômio. Ao se ocupar da doença, a psiquiatria deixava o sujeito entre parênteses. Em contrapartida, a proposta de Basaglia foi de colocar a doença entre parênteses para que esta suspensão tornasse possível evidenciar o sujeito em sua experiência. Este destaque se deve por ter sido esta a maior influência no processo da Reforma Psiquiátrica brasileira.

A Reforma Psiquiátrica brasileira teve como proposta a construção de uma nova lógica, da Atenção Psicossocial em substituição à antiga lógica manicomial. Assim, na tentativa de dar à loucura uma outra resposta social, a Atenção Psicossocial se transforma no novo paradigma de cuidados. Com isso os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) passam a representar o novo dispositivo de assistência em Saúde Mental. Considerada como Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira, a Lei 10.216, de 06/04/01, “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”. A partir desta, as diretrizes para o funcionamento dos CAPS foram definidas e estabelecidas pela Portaria/GM n ° 336 de 19 de fevereiro de 2002. Os serviços passam a ser categorizados por porte e clientela e devendo funcionar segundo a lógica do território. Segundo a Portaria 336 os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas modalidades CAPS I, CAPS II e CAPS III. Apesar de cumprirem a mesma função no atendimento público em saúde mental, são definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Todas devem estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Os CAPS I devem ter capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes e o CAPS II entre 70.000 e 200.000 e o CAPS III acima de 200.000. Além disso, o que diferencia o CAPS III é ser a única modalidade com atendimento 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana. A assistência prestada ao paciente na modalidade CAPS II inclui atendimentos individuais, em grupos, em oficinas terapêuticas, visitas domiciliares e à família, além de atividades comunitárias que visem a inserção social e o recebimento de refeições diárias. Para além das diretrizes, a mudança de lógica implica em olhar para o sujeito na instituição. A fim de garantir esta mudança, foram criados serviços extra hospitalares para oferecer novas respostas de cuidado, visando à reinserção social a partir de um trabalho territorial. O funcionamento destes dispositivos é

pensado a partir do que a clínica da psicose demanda. Isso se dá por exemplo na oferta de dispositivos clínicos coletivos que podem ser alternativas ao insuportável em uma relação dual para um sujeito muitas vezes já tão invadido. E isso, muitas vezes, é o que permite que a transferência possa se estabelecer com um, quando este está entre muitos. Ser um serviço extra-hospitalar não se reduz à independência administrativa do Hospital, ao contrário, exige a construção de uma prática flexível. Esta flexibilidade inclui a necessidade de que as ofertas sejam criadas a partir da especificidade da demanda dos casos de grave sofrimento psíquico àquela instituição. E é a partir da necessidade que se escute o sujeito para acompanhá-lo em seu trabalho que a psicanálise encontra lugar na prática destes serviços. Retomando o que foi desenvolvido a respeito do método psicanalítico, sustenta-se a contribuição deste à clínica no CAPS “não apenas porque seu método e sua ética se fundam no respeito à fala do sujeito, mas porque fornece uma teoria que permite caracterizar as diferentes estruturas clínicas: neurose, psicose e perversão.” (RINALDI, 2010, p.132).

Encontra-se na atualidade, inúmeros desafios nestes serviços de saúde mental criados a partir da Reforma Psiquiátrica no Brasil. A rede de saúde mental se depara com impasses permanentes principalmente nas demandas associadas à atenção à crise e à desinstitucionalização. Rinaldi (2010) ressalta que, para além da expansão dos CAPS no país dar notícias de avanço na questão da desinstitucionalização, esta não diz respeito somente à construção de novos serviços. Mas sim à “criação e sustentação de novas formas de acolhimento e tratamento que não recaia nos velhos modelos tutelares e excludentes.” (RINALDI, 2010, p. 129).

É preciso repensar as práticas do CAPS para que estas utilizem-se de sua flexibilidade a fim de criar dispositivos que possam responder às demandas de tratamento fazendo valer o sujeito de desejo de acordo com a ética psicanalítica. São serviços criados para tentar dar novas respostas de cuidado para a demanda de grave sofrimento psíquico, que não pode ser entendido a priori e implica a oferta de escuta. Foram criados para absorver a clientela que antes era absorvida pelos hospitais psiquiátricos e posteriormente também pelos ambulatórios. Estes não davam conta por uma questão quantitativa mas principalmente pela alta complexidade dos casos que buscavam tratamento. Os CAPS são serviços de alta complexidade, além de carregarem na prática diária os efeitos de terem surgido como ordenadores da rede de saúde mental. Na prática, ser um serviço de alta complexidade significa responder pelos cuidados de uma grande quantidade de casos muito graves, de uma clientela que vive a exclusão da sociedade não só pela via da loucura mas também pelas situações muito precárias de vida. Moradores de rua, pessoas que passaram décadas

internadas nos manicômios e por isso perderam muito de suas referências familiar e territorial, moradores de comunidades onde as regras da violência local impedem o acesso, dentre outras questões sociais que não podem ser desconsideradas. Diante de tudo isso, os CAPS devem estar de portas abertas não somente para entrada e saída dos pacientes mas principalmente para que suas práticas e seus dispositivos possam efetivamente serem construídos no território. O quanto um CAPS consegue responder a essa diretriz diz respeito a algumas variantes como o perfil da equipe e o território que ocupa e suas peculiaridades. Seu funcionamento inclui dispositivos individuais e coletivos. A proposta da oficina como dispositivo clínico coletivo, o apresenta como ativo e relevante nos CAPS. Talleberg (2008) atribui seu privilégio enquanto tal à sua própria maneira de produção mais flexível e portanto capaz de acolher diversos modos de existência ao afirmar movimentos de singularização. Existe um debate em torno do termo ‘convivência’ utilizado no CAPS para designar o espaço que pode ser ocupado pelos pacientes quando não estão em nenhuma atividade designada como tal. Esta passou a ser objeto de algumas pesquisas a partir de debates sobre a importância deste lugar e se esta ocupação deve e/ou pode ser atravessada pela clínica. Essa pequena descrição destes dois dispositivos já possibilitam o avanço na discussão que cabe aqui, sobre o quanto os dispositivos como resposta de cuidado nos CAPS podem dizer sobre o lugar que é dado ao sujeito. É preciso poder contar com os dispositivos oferecidos pelos CAPS como instrumentos para a criação necessária a cada caso, que se dará a partir do acompanhamento do trabalho do sujeito. Os dispositivos por si só não representam uma ameaça à clínica a partir de uma orientação psicanalítica. A direção que se dá diante dessas possibilidades é que pode ou não representar um enquadramento e repetição de práticas manicomial. O tratamento dos pacientes psicóticos no CAPS a partir do discurso do mestre, exigindo a adaptação à norma para que produza trabalho pode atravessar o funcionamento dos dispositivos coletivos, como as oficinas por exemplo. Estas muitas vezes se configuram, sob pretextos terapêuticos, na direção de sustentar normas que possibilitem a criação de um produto idealizado previamente. As chamadas “oficinas de geração de renda” são ainda mais atravessadas por esta lógica de apostar na importância da produção de objetos que sejam aceitos para comercialização a partir da exigência a adaptação à norma.

Então estamos falando de um modo bastante peculiar de lidar com a loucura, neste contexto da Saúde Mental como um campo de atuação técnica no âmbito das políticas públicas de saúde. Amarante (2007) define este campo como complexo, plural e com a presença da transversalidade de saberes e marca o quanto isso vem a ser contrário à psiquiatria baseada em um único saber. É a partir da complexidade do campo diverso e



multiprofissional da Saúde mental, conquistado através dos ideais da Reforma Psiquiátrica, que a Psicanálise vem também a encontrar lugar. E uma das funções da psicanálise neste campo é interrogar as concepções de sujeito que estão em jogo. De que sujeito, afinal, estamos falando? Esta é uma pergunta que a psicanálise, ao lidar com o sujeito do inconsciente, faz ao processo que, ao “deixar a doença entre parênteses para olhar para o sujeito” parece se confundir com os efeitos da introdução de uma lógica que privilegia a cidadania. Privilégio que pode aparecer em detrimento à ética da psicanálise, que irá perguntar pelo sujeito do desejo.

Quinet (2001) aborda a psiquiatria e sua ciência nos discursos da contemporaneidade a partir da teoria dos quatro discursos de Lacan. Assim constrói a partir de exemplos ‘caricaturais’, a possibilidade da relação médico paciente estar nas quatro modalidades: governar, educar, psicanalizar e fazer desejar. Na prescrição de uma medicação, o médico manda e o paciente obedece, caracterizando o discurso do mestre. Ao ensinar o que a psiquiatria tem a dizer sobre o caso, o médico estabelece o discurso da universidade. Quando ocupa o lugar de objeto causa de desejo em transferência, ao se calar fazendo o paciente trabalhar a fim de produzir um saber que nem ele sabia que sabia, se dá o discurso do analista. E quando o médico se detém a estudar para produzir um saber provocado pelo caso de um paciente, surge o discurso histórico. Este autor aborda a psiquiatria contemporânea a considerando hipoteticamente como ciência e verificando suas relações com a sociedade. Assim, pensa na ciência no discurso universitário no qual o saber está em lugar de comando e na ciência no discurso capitalista, laço-social dominante na nossa sociedade onde as relações sociais estão centradas não na relação com outros homens e sim em bens manipuláveis. Na psiquiatria esses objetos são as medicações, que podem virar objeto de consumo toda vez que a psiquiatria entra no discurso capitalista. A partir disso, o autor questiona o que a psicanálise com sua ética e seu laço social, que trata o outro como sujeito, pode propor diante disso tudo? O autor afirma que o avanço na psiquiatria seja motivado pelo sujeito manifesto na clínica e que ela seja dócil ao discurso histórico. Ressalta que a psicanálise não se opõe à psiquiatria mas sim a todo discurso que suprime a função do sujeito. E conclui afirmando que a ciência não deve assujeitar-se nem ao discurso universitário nem ao capitalista e que deve corresponder ao discurso da histórica, pela qual fala o sujeito por meio de seus sintomas sem deixar de ser agente.

Freud (1916-1917) contrapôs psicanálise e psiquiatria em relação à concepção de sintoma. Para o autor a psiquiatria clínica atenta pouco para a forma externa do conteúdo dos sintomas individualmente considerados enquanto a psicanálise valoriza este ponto e

estabeleceu que os sintomas tem um sentido e se relacionam com as experiências do paciente. Essa contraposição marca a ênfase da psicanálise no sujeito, dada pela introdução da clínica da escuta e da dimensão do sintoma com sua causalidade psíquica, formação do inconsciente. Lacan (1965) afirma que o sujeito sobre quem operamos em psicanálise, só pode ser o sujeito da ciência. E assim promove, como um fato a ser distinguido da questão de saber se o campo da psicanálise é científico, o fato de que sua práxis não implica outro sujeito senão o da ciência. Retoma ainda o ponto da divisão do sujeito entre verdade e saber como “aquele a que Freud os convida sob o apelo do *Wo Es war, soll Ich werden*, que retraduzo (...) : lá onde isso estava, lá, como sujeito, devo [eu] advir.” (LACAN, 1965, p.878). Assim a psicanálise aparece como o que vai subverter o sujeito excluído pela ciência e trabalhar a partir da inclusão do sujeito no campo de sua experiência pela via do inconsciente. Isso coloca a psicanálise ocupando o lugar do que convoca o sujeito excluído pela ciência, o que é marcado pela particularidade do discurso do analista. Isso porque, a partir da teoria lacaniana dos discursos como laço social, o analista é o único que trata o outro como sujeito.

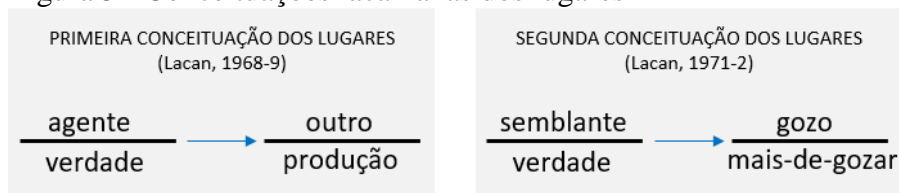
Figura 4 - Discurso do analista

$$\frac{a}{S2} \rightarrow \frac{\$}{S1}$$

Fonte: xxx, ano

Alberti (2010) considera esta teoria um legado de Lacan que permite articular a clínica psicanalítica com o campo social. E refere-se a ela ao retomar a reformulação feita por Lacan para falar da clínica neste campo. A reformulação se dá quanto ao nome dos lugares que se pode ocupar nos discursos que fazem laço social. Estes lugares (agente, verdade, outro e produção) são renomeados por Lacan como sendo “o de um semblante que, igualmente sustentado numa verdade, se dirige ao gozo que assim agenciado, deixa cair um mais-de-gozar.” (ALBERTI, 2010 p.19). Para seguir o desenvolvimento desta autora sobre a questão da clínica no campo social, reproduzo suas ilustrações das conceituações lacanianas dos lugares:

Figura 5 - Conceituações lacanianas dos lugares



Fonte: Lacan, 1968/1971

Em relação à questão do pagamento das sessões de análise, Freud constata que é preciso pagar para desejar. A partir disso, Alberti (2010) afirma que se paga o valor em gozo. Assim, introduz a questão de que se o gozo é um capital, é possível o acesso a ‘outra coisa’ ao abrir mão deste. Para examinar a intervenção possível dos psicanalistas no campo social, a autora retoma a segunda teorização dos lugares nos quatro discursos. Nesta, o discurso do psicanalista se dá com o *a* no lugar do agente ou semblante, o S2 no lugar da verdade, o sujeito no lugar do gozo e o S1 no lugar do mais-de-gozar. Afirma a partir daí que o discurso do analista coloca o sujeito no lugar do gozo, de onde é posto a trabalhar a fim de poder perder seus significantes mestres no lugar de mais-de-gozar. A autora desenvolve este ponto para abordar a questão de nos depararmos nesta clínica com uma resistência própria à loucura que se recusa ao imperativo da reinserção social. De acordo com a teoria dos quatro discursos, qual lugar possível para este sujeito ocupar e em qual discurso? Se tomamos o discurso do analista, o sujeito psicótico está no lugar do gozo e quando este discurso opera, “é justamente disso que se poderá abrir mão em produzindo os significantes que contabilizam o gozo que, por definição é perdido, o mais-de-gozar (...)”. (ALBERTI, 2010, p. 23.).

## 2.2 Uma experiência em um CAPS

Dado o lugar que os CAPS ocupam na rede de cuidados de saúde mental, é preciso introduzir algo da especificidade do Centro de Atenção Psicossocial Rubens Corrêa – CAPS Irajá – onde se deu o trabalho que permitiu sustentar os casos que trago nesta dissertação. É um CAPS II e se localiza em Irajá, bairro da Zona Norte do município do Rio de Janeiro. Este foi o primeiro CAPS deste município e sua criação foi de extrema importância na construção de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico. A pesquisa bibliográfica realizada sobre este serviço, certamente aquém da experiência em si, encontrou relatos de propostas de trabalho distintas da realidade circunscrita no tempo no qual se deu meu trabalho. A história do tratamento dos pacientes carrega consigo atravessamentos da história do serviço e por esta via é possível apreender algo da experiência de forma mais ampla. O fato de ter sido o primeiro CAPS do município do Rio de Janeiro fez com que a princípio atendesse a clientela de toda cidade e esse é um dado cujos efeitos se fazem presentes até a atualidade. Foi o primeiro encontro de muitos pacientes graves com um tratamento que se pretendia sustentado por outra lógica que não a manicomial. E isso marcou o início do tratamento para muitos. O município

do Rio de Janeiro foi dividido em áreas programáticas e cada área passou a ter seus serviços de referência. Conforme os CAPS foram sendo inaugurados e se constituindo como referência de cuidado nos demais territórios, os casos clínicos convocavam uma discussão a partir da direção de tratamento para dar conta da demanda de reorientação territorial. O que parece atravessar gerações é a questão de como repensar o projeto terapêutico de cada paciente, incluindo a análise do território em sua dimensão objetiva e subjetiva e as possibilidades de encaminhamento, sempre perpassadas por elementos como a transferência com profissionais e/ou com a instituição.

Neste CAPS trabalhei por quatro anos e meio e neste período, além dos acolhimentos e do acompanhamento como referência nos casos, estive à frente de atividades como oficina de futebol, oficina de teatro, oficina de música, oficina literária, oficina expressiva, oficina de cinema, do matriciamento da equipe de uma clínica da família e do trabalho de preceptoria e supervisão de residentes da prefeitura. Para além de ter feito acolhimento e acompanhado por um período determinado incontáveis pacientes, fui técnica de referência de aproximadamente cinquenta, em sua grande maioria psicóticos graves. Neste contexto, ser técnica de referência significou estar à frente do caso, atender o paciente, sustentar uma direção de tratamento a partir também de uma aposta diagnóstica, construir um projeto terapêutico no CAPS e transmitir à equipe o saber localizado no sujeito. De todos, dois casos de paranóia chamaram atenção pela forma que estabeleceram uma transferência, colocando questões que se desdobraram nesta pesquisa.

Minha experiência neste CAPS veio após um percurso na rede de saúde mental que incluiu outros dispositivos. Este se deu pela experiência de atendimento a psicóticos e neuróticos graves em outro CAPS II, a crianças e adolescentes autistas e psicóticos em um CAPSi, a neuróticos e psicóticos em um ambulatório, a pacientes neuróticos e psicóticos usuários de álcool e outras drogas em um CAPS ad. Em um período determinado, juntamente com o trabalho no CAPS RC, trabalhei em uma enfermaria masculina de atenção à crise do Instituto Municipal Nise da Silveira. Esta diversidade dos dispositivos percorridos na rede de Saúde Mental enriqueceu a experiência em alguns pontos. No que diz respeito ao perfil dos técnicos, pude observar a influência desta variável, inclusive nas diferentes equipes que se montaram e desmontaram nos anos que estive no CAPS Rubens Correa e aposto que isso de fato atravessa a clínica e política do serviço, que pode dar diferentes respostas de cuidado em diferentes momentos.

A equipe multiprofissional do CAPS RC passou por diversas mudanças nos anos que estive lá, que incluíram mudanças na gestão administrativa, na gestão clínica-institucional e

na equipe técnica, de segmento e de apoio e isso impede que possam ser descritas as categorias presentes na equipe. O CAPS RC passou, alternadamente ou concomitantemente, por períodos sem gestão administrativa, supervisão, coordenação técnica e uma grande parte do tempo trabalhando com um número abaixo do mínimo necessário para garantir o funcionamento do serviço. Ainda assim, manteve-se com a porta de entrada aberta, com acolhimentos (atendimentos de primeira vez) sendo feitos diariamente. Os acolhimentos são atendimentos complexos por representarem a avaliação da complexidade da demanda e exigirem conhecimento do território e seus dispositivos para que a rede possa ser feita através da articulação. Chega-se com muitas demandas (Riocard, benefícios, laudos, atendimento médico, medicação etc) e esta diversidade de maneiras pelas quais se apresentam, pode vir a se configurar em demanda de tratamento. Como lidar com tantas demandas é questão para a equipe e uma das contribuições da psicanálise se configura na medida em que é a partir da escuta analítica que se torna possível deixar a demanda em suspenso para que apareça algo do sujeito.

Das oficinas que participei, a de futebol foi a que fiquei por mais tempo e pude acompanhar sensíveis construções a partir desse dispositivo. Trago fragmento desta experiência por ser um exemplo da diversidade de uso que cada paciente pode fazer de um espaço oferecido e da importância que teve para o caso Breno. Acontecia em um campo de grama sintética em uma praça do bairro, perto do CAPS e acolhia um número grande de pacientes. O fato do campo ser em uma praça pública teve conseqüências importantes para o atravessamento do mandato do CAPS. A praça é também ocupada pelos moradores, pelos que jogavam uma ‘pelada’ depois da escola, pelo avô que leva o neto de três anos para treinar, pelo dono do quiosque, pelo representante dos moradores que destrancava a quadra, pelos vizinhos que tinham que pegar a bola no quintal, pelos motoristas que paravam seus carros ao avistarem um time de futebol atravessando a rua, pelo funcionário do posto de gasolina que ajudava a encher a bola, pelo rapaz que ia soltar pipa no horário do jogo e etc. Os meninos passaram a ir nos horários da oficina, os estudantes decidiram que jogar junto era melhor do que dividir o campo e o avô foi ao CAPS saber porque não tínhamos ido na semana anterior. O rapaz da pipa toda semana dizia que iria ao CAPS falar comigo, nunca foi até o CAPS enquanto espaço físico mas foi ao CAPS por anos na praça. Esta oficina permitiu estreitar a relação do CAPS com o território, cumprindo com o mandato de ocupar a cidade, de ser um serviço “para fora”. E foi nesta oficina que recebi Breno, após alta da internação. Ele foi apenas algumas vezes, alegando que seu “*futebol era nível internacional*”(sic), que só tinha “*ensinado um pouco para eles*”(sic). Parece que tê-lo recebido no contexto de que ir ao CAPS

pôde ser ir ao campo de futebol na praça, para ele que dizia “*não ser maluco*”, “*não precisar de tratamento*”, e nesse sentido foi clínico. Na internação dizia “*Futebol, né? Vou lá jogar um futebol.*” E quando perguntavam se ele iria ao CAPS RC ele dizia “*marquei um futebol com a psicóloga*”. Dali passou a subir a rua para ir aos atendimentos no CAPS, onde permitiu abrir prontuário para “*investigar a família*”. Breno sempre encontrando um jeito de autorizar as coisas pela via da transferência, de forma que não se comprometesse com seus imperativos.

## 2.3 Casos Clínicos

### 2.3.1 Caso Breno<sup>4</sup>

A princípio poderia dizer que este caso foi escolhido por mim para transmitir os efeitos do manejo da transferência na paranóia, mas o que pode ser justo com esta construção é que sua importância se dá por muito mais do que possibilitar essa transmissão. É o caso que suscita questões e torna possível, a partir do desdobramento destas, desenvolver a dissertação.

Em 2011 eu trabalhava concomitantemente como psicóloga no CAPS Rubens Correa e na enfermaria masculina do Núcleo de Atenção à Crise do IMAS e ambos os dispositivos eram referência da mesma área programática (AP 3.3). Breno, com 30 anos na época, estava internado nesta enfermaria quando cheguei e logo tive notícias de que era “difícil” o acesso a ele. Seu prontuário relatava internações recorrentes, muitas por ano, desde seu primeiro surto, que já tinha quinze anos. Em oposição à quantidade de internações, encontrei a ausência de relatos que trouxessem elementos de sua história e que dissessem dele em suas inúmeras passagens pela instituição.

Início uma escuta a Breno nesta enfermaria de crise, onde os relatos eram de que suas internações foram seguidas de episódios de “agressividade e agitação” (sic). Breno ficava a maior parte do tempo falando e andando nos corredores, onde fazia movimentos de lutas e não aceitava abordagens da equipe. Apesar disso, parecia dar notícias quando se aproximava do espaço onde a mesma ficava, falava algumas coisas e saía. Isso permitiu que eu pudesse falar com ele sobre o que estava escutando e em uma abordagem ele diz: “Foi a mãe que fez

---

<sup>4</sup>Nome fictício criado a fim de preservar a identidade do paciente

isso, é tudo culpa dela, ela fez isso comigo, por inveja. Se você quer saber alguma coisa, chama ela aqui e pergunte a ela. Os irmãos casaram, eu não pude casar”(sic). Atribuí a ele a possibilidade de dizer sobre o que havia acontecido e questionei seu pedido de que a mãe dissesse por ele, possibilitando que aparecesse em sua fala algo sobre esse lugar dado a ela, de impedi-lo de casar e interná-lo por conta de sua inveja.

Após desdobramentos, passa a endereçar sua fala e diz: “Bom dia L. Isso, eu sei que L. está no seu corpo, você é a L. disfarçada e veio aqui pra me atender. Tudo bem se você não puder me dizer que é a L. (sic)”. Foi assim que Breno me deu um lugar e passou a topar os atendimentos. A partir da intervenção no sentido de que sua mãe não falasse por ele e ao mesmo tempo dando importância a seu pedido de que a convocasse a responder por alguma coisa, pudemos encontrar um lugar possível para ela em seu tratamento durante a crise. Posteriormente, ele e sua mãe puderam me falar que L. era uma psicóloga que o havia atendido em um hospital geral a pedido dele e sobre a qual a mãe diz “*Ela deu ouvidos a ele*”(sic). Esses elementos apontam para a construção de um lugar na transferência, da qual o manejo permitiu um trabalho com ele e foi preciso transmitir à equipe o que estava sendo possível escutar em meio aos movimentos que ali fazia. E assim foi possível colher dados de sua história. Breno é o filho do meio, dos três filhos homens que seus pais tiveram. Estes se separaram quando ele tinha aproximadamente cinco anos, quando passou a ser criado pela mãe, juntamente com seus irmãos e ficou sem contato com o pai. Aos treze anos recebeu uma visita deste e segundo relatos reagiu com “agressividade” (sic), tendo o movimento interpretado pela família como “*começou a ficar estranho (sic)*”. Nesta época, Breno frequentava as praias da Zona Sul da cidade do Rio de Janeiro, para surfar e namorar porque “*lá tem mulheres bonitas*”(sic). Segundo relato da família, ele “*sempre foi assim, só usava roupas de marca e se achava melhor que os outros*” (sic). Logo após esse encontro com o pai, teve uma ferida no joelho de difícil cura, apesar de muitas consultas médicas e sua mãe o levou a um centro espírita, o que parece tê-lo feito interpretar a ferida como “*questões espirituais*” (sic). Aos quinze anos quebrou as coisas em casa, sem conseguir dizer o que estava acontecendo e foi internado pela primeira vez em um hospital psiquiátrico. Por quinze anos, teve internações recorrentes, sem conseguir se vincular a nenhum serviço extra hospitalar. Viveu um período de estabilização, no qual trabalhou em uma empresa de Recursos Humanos e foi interrompido por uma prisão que aconteceu após presenciar um assalto no ônibus e ter sido acusado por testemunhas de ter participado do mesmo. Uma advogada ficou a frente do caso e foi comprovado que ele não teve nenhuma participação e que havia sido um equívoco de uma testemunha. Essas informações foram dadas por sua mãe.

Após a alta trabalhada com ele e com a equipe da internação, Breno aceita se tratar no CAPS, onde participou algumas vezes de uma oficina de futebol, coordenada por mim e outra psicóloga, e depois passa a ir somente para os atendimentos individuais. Dizia estar indo para resolver um problema de família, que toparia que abrisse um prontuário na instituição para “tratar a família” (sic). Pede que chame todos, que os convoque para que possa avaliá-los já que “eles são loucos e fazem isso com ele por inveja”(sic). Sobre a primeira crise, diz: “Eu sabia o que estava fazendo, fiz de vingança, para colocar um limite na mãe”, o que parece trazer a “agressividade” dele durante as crises como tentativas de lidar com a impossibilidade de barrar o gozo do Outro. Nesse ponto foi possível escutar um pedido de interdição e levantar a importância que a internação pode ter tido ao fazer função de barrar alguma coisa de sua relação com a mãe. Com seu tratamento no CAPS, pôde construir em seu território, recursos e possibilidades de pedir que algo pudesse intervir minimamente como essa barra nos momentos mais difíceis, sem precisar com isso ser internado tantas vezes como antes.

A mãe de Breno diz ter tido a informação dos amigos dele de que uma menina teria terminado o relacionamento com ele e que isso teria desencadeado o primeiro surto. Breno nega e diz que “todas as mulheres do mundo o querem”(sic), que ele escolhe as namoradas. Ele retoma essa história para dizer que esta menina teria feito macumba para que ele nunca mais conseguisse nenhuma mulher já que ela não o teria. Anos depois, Breno relata o que aconteceu, dizendo ter visto a menina descer do ônibus e ter se apaixonado e que depois disso, deixou de madrugada uma rosa branca, uma amarela e uma vermelha com uma carta no portão dela. Disse ter marcado, nesta carta, um encontro na praça e que no dia seguinte ela se sentou ao lado dele no banco da praça. “Eu lembro da roupa que ela estava. Ela já tinha namorado, ela disse que tinha um namorado e não podia ficar comigo”.

Sua mãe pôde dizer que nunca quis ter filhos e que foi enganada pelo marido que “furou a camisinha” (sic). Ela fala desse não-desejo para introduzir a cena que parece marcar o quanto alguma coisa de seu desejo de ter aquele filho incidiu no momento no qual se viu entre a vida e a morte no parto de Breno. Ela afirma ter pedido a Deus que se tivesse que salvar alguém, salvasse seu filho. Disse ainda que estranhava um pouco o fato de Breno ter sido um bebê que “não chorava” e que ele era “mais agarrado” com ela e “diferente dos outros irmãos”. Afirma ainda que se dedicou mais a Breno por ele ter tido um “problema nos pés” que demandou um tratamento ortopédico, relatando seu investimento no cuidado dele pela via desse tratamento que se deu com o “uso de botinhas”.

Ele diz que, se ele “não é maluco” e foi internado tantas vezes a mando da mãe e que o “problema é a família”, da qual diz não fazer parte, todos estão em dívida com ele: a mãe, o



pai, os irmãos, os médicos e o governo. Ao que diz : *“Vou processar todo mundo, tenho que ser indenizado, quero receber quarenta mil por mês, mas vou livrar você disso, quando eu receber esse dinheiro você pode ser minha motorista da praia.”*(sic). Ao falar da “dívida” que sua mãe tem com ele, por *“tudo que esta lhe tirou”*, faz pedidos de roupas, comidas e dinheiro a esta. Faz também pedidos imperativos que eu convoque sua mãe, que a faça pagar, que a obrigue a se tratar no CAPS. Sua mãe tenta dar conta de responder minimamente desse lugar de quem daria alguma coisa do que era pedido, ao que ele sempre pede mais. Com isso, foi possível dizer a ele que não poderia fazer sua mãe pagar, mas que estava escutando seus pedidos a ela. E com isso, interrogá-lo no sentido de quais recursos poderíamos construir a partir disso. Isso acontece ao longo do dia com pedidos por parte dele de papel e caneta, construção de uma lista\* detalhada com cor, marca, tamanho e preço das roupas que ela teria que comprar pra ele. Em meio às demandas que Breno fazia a mãe, por intermédio da analista, chama atenção que na muitas vezes o pedido era que comprasse calçados. Pedia tênis, sapato, chinelo mas muitas vezes pediu “botinha”, explicando que queria o “tênis tipo botinha”. *“Anota no papel, bota da coca-cola na Paquetá de Copacabana, tipo ortopédico. É, problema que ela me causou no pé. Jaqueta jeans que eu perdi por causa dela. É esse seu trabalho, cobrar de quem me deve. Me tiraram coisas necessárias.”* (sic). Nestes momentos consegue falar de tudo que entende ter perdido (*“trabalho, namorada, surf, zona sul”* etc.) *“por causa dela”*, falando dessa relação que para ele é o que o impede de tudo. Posteriormente Breno me entrega o documento com seus seguinte escrito:

*Sob o relato pessoal de ter sido obrigado a abrir prontuário próprio para desvendar uma investigação, digo qual = “O que acontece na casa (endereço e telefone \*) Família = O nome da mãe \* ( a mãe), O nome do irmão\* (o irmão mais velho), Eu (Breno Nome e Sobrenome \*) = A criança roubada na maternidade e torturada desde a infância por estes dois e terminando um outro irmão, o mais novo (nome do irmão \*), este não por mal-tratos,mas por somar opinião com o mais velho de nome \*\* acusando o irmão , Eu (Breno \*\*) de ser desequilibrado e uma pessoa fora de sua consciência, em todas as internações, por motivo de denegrir o meu caráter, para se sentir melhor rindo de uma pessoa, que eles nunca conseguiram atingir por ser uma pessoa muito auto confiante como até hoje ainda é, utilizando sempre policiais sem o consentimento do réu (Eu) e bombeiros para executarem suas ordens, sempre com aval da psiquiatria, nunca com conhecimento da psicologia (grifo dele), que julgou tudo como a mãe relatou, nunca ouvindo o paciente que pouco pode fazer a não ser suportar ser torturado física e psicologicamente até a presente data, com 33 anos. Data de início Ano de 1995 a 96, data de término = quando a nova psicologia decidir que a opinião do paciente (Eu) deve ser considerada e não anulada como sempre fizeram Assinatura dele.*

Nos atendimentos no CAPS, constrói um relato sobre sua história de vida e assim aparece sua construção delirante sobre sua origem. Breno afirma não ter o sangue compatível

com o dos pais e ter sido trocado por um bebê morto na maternidade, sendo filho de uma atriz famosa. Inicialmente não fala nada sobre ela além do nome dela, porém trata-se de uma atriz famosa que teve noticiado na vida real a tragédia de ter causado acidentalmente a morte de um de seus filhos. Ele diz ser o melhor em tudo e que isso faz com que as pessoas não suportem conviver com ele, dizendo ser o melhor dos três irmãos e que por isso eles ajudaram a mãe a simular situações que o levasse a internações. Fala que sua mãe quer destruí-lo e que a causa disso é a inveja que sente dele. Fala dos muitos conflitos que tem com esta em casa e aproximadamente um ano depois da alta, sua mãe sai de casa, dizendo “não agüentar mais as agressões verbais e humilhações”(sic) dele. Breno tinha uma difícil relação com os vizinhos na vila onde morava e quando ficou morando sozinho, no primeiro desentendimento, foi “linchado” pelo vizinho que o expulsou de casa. Foi a primeira crise que o CAPS pôde cuidar após a alta e Breno apareceu no CAPS desorganizado, com idéias delirantes paranóicas e hostil em relação a abordagens feitas a ele. Contudo fez pedidos a mim, que pudesse convocar a família, que o ajudasse a sair da rua. Assim foi feito e sua mãe, que se recusou a voltar pra casa, deu o telefone de sua avó paterna, que fez contato com o pai e este foi encontrá-lo no CAPS depois de aproximadamente dezoito anos sem ver o filho. Neste mesmo dia foi morar na casa do pai mas não sustentou isso por sentir-se perseguido por ele e viver esta relação de forma muita invasiva. Neste momento do tratamento, fiz atendimentos ao pai, que se apresentou como “ministro do altíssimo” e “microempresário”, disse acreditar que sua ex mulher (mãe de Breno) fez macumba para se casar com ele. Atribuiu também à macumba o fato de ter perdido naquela época o emprego de arquivista da Petrobrás. “Ela só trouxe coisa ruim para minha vida. Eu queria ter filho, ela não. O ‘Breno’ aconteceu usando camisinha. Tinha que nascer, eu queria três filhos. Eu me arrependo de não ter levado meus filhos. O Breno estava em um lamaçal de feitiçaria, na macumba com eles. Os outros dois são macumbeiros. Eu sei que foi macumba porque eu já fui macumbeiro. Eu era cavalo agora sou filho. Ela é mulher, mulher. Ela transferiu a mágoa dela por mim para o Breno. O pai dela era feiticeiro também. Ele diz que é filho de uma artista aí, diz que não é meu filho nem da mãe dele. Isso é por causa da rejeição pelo pai, porque eu larguei ele. (sic)”.

Breno ficou nas ruas, dizendo que estava morando na casa das modelos com as quais namorava, na praia e que não precisava de nada de ninguém. Solicitou que guardasse seus documentos no CAPS e posteriormente, em relação ao episódio relatado por sua mãe sobre a prisão, solicita uma xerox de seu documento de Certificado de Dispensa de Incorporação do Ministério do Exército e escreve na mesma:

*Ao TRF, em meu nome Breno \*\*\*, RG \*\*\*, CPF \*\*\* tive meus documentos inválidos por ordem jurídica ilegal mediante a julgamento anterior, que provei inocência sobre erro policial cometido pelo BP (nome do batalhão \*) em (data \*). Esse juiz assinou também ilegalmente procuração pra toda família receber toda a minha renda e colocar minha vida em risco na rua, me retirando da minha casa, com todas as contas pagas no meu nome. Favor peço julgamento em jurisdição militar com o rigor das forças armadas por até hoje ainda prestar serviços a intuição, encaminho a (nome da assinatura do certificado \*).*

Depois de um longo tempo na rua e uma construção de uma indicação de internação, ele pede para voltar ao hospital para “investigar seu prontuário lá”, como parte do processo de culpabilizar sua família pelo crime que cometeram o “colocando como maluco”. No período de um ano teve três internações curtas; na primeira foi trabalhado com ele e com a mãe alguma possibilidade de lugar para ele morar. Ela pagou uma pensão de homens para ele ficar mas ele voltou a ficar nas ruas, dizendo que “os colchões eram velhos”. Na segunda e na terceira voltou para a casa do pai. As dificuldades em relação a isso foram transmitidas através de relatos de intervenções de polícia e bombeiros na casa. Ele sai de lá mais uma vez mas volta e por último, o pai, que morava de aluguel, deixa a casa e ele tem que sair, ficando na rua. No início falava sobre estar na rua com muito sofrimento e em outro momento só vê isso como opção para se “separar dos pais”(sic). Ficou na rua por aproximadamente dois anos.

O tratamento de Breno teve início em uma enfermaria de crise e teve continuidade no CAPS, serviço que oferece uma clínica no coletivo, que permite para muitos não se sentir invadido por Um. Ele rompia com possibilidades de ser escutado por outros profissionais, inclusive ao agredi-los, mas ainda assim o coletivo era explorado. Ficou na rua, emagrecido, machucado, sem medicação e com muitos laços rompidos mas continuava indo ao CAPS diariamente. Recusava-se a tomar qualquer medicação prescrita pelos médicos e dizia não precisar se tratar. Com isso, as tentativas de medicá-lo e as indicações de internação, faziam com que rompesse com os tantos lugares onde havia iniciado algum tratamento. Assim, ter suportado que este não tomaria remédio mesmo durante a crise abriu possibilidades para ele, que construiu uma nova maneira de se relacionar com o CAPS, dizendo estar ali “para ajudar os outros pacientes que precisam conversar com ele” (sic). Assim, a cada semana, constrói alguma coisa que permite dizer que vai voltar “*mesmo não sendo maluco*”. Por exemplo, em um determinado momento faz um documento que chama de “Procuração dos bens materiais”, no qual diz

*autorizo à reverter todos os meus bens, referentes à renda conquistada com meu próprio trabalho ao investimento da mesma em alimentação diária do mesmo de nome B\*\*\*\*\*, conquistando o direito de almoçar pratos de comida variados nos períodos da manhã, tarde (almoço e lanche) e janta do mesmo nesta instituição de*

*apoio psicossocial, durante o período da resolução da situação pendente (...)*

A aposta em uma escuta que faz aparecer o sujeito foi feita e, para sustentar este trabalho com Breno, foi imprescindível transmitir os elementos que sustentavam uma direção de tratamento. A transmissão desta para a equipe se fez absolutamente necessária para que pudesse se apropriar do caso a partir de uma única direção, ainda que a partir de múltiplas formas de abordagem às demandas feitas por ele ao longo dos dias no CAPS. Para bancar qualquer direção no que dizia respeito à medicação, ainda que fosse a ausência desta, tinha a figura médica incluída, que entrava para ele como persecutória e o manejo era construído a partir da discussão de caso no dispositivo institucional da supervisão. Esse trabalho de transmissão em uma instituição, convoca o analista a partilhar o trabalho em equipe, o que faz circular o saber e assim o coloca onde de fato está; no sujeito.

Breno foi apresentando novos elementos à sua construção delirante e fez uso dos atendimentos para falar do que lhe acontecia. Pediu que fizesse contato com o Ministério Público para informar que estavam usando o nome dele.

*Isso de dizer que eu tenho problema na cabeça, eles enganam a própria cabeça, gostam de viver fora da realidade. Coisa de criança viver fora da realidade, criança é covarde, os pais tem que resolver tudo. A realidade deles deve ser muito difícil por isso precisam fugir. Realidade da doença que nunca foi tratada e cada dia piora. Manda para o Ministério público, força policial, a lei, pra aprender qual o limite. Justiça, injúria, calúnia e difamação, a crime se responde com lei. Esclarece a verdade, não quero ninguém falando com meu nome. Ela me deve pelas coisas que me tirou, tem que pegar de algum jeito.*

Breno disse que a vida se faz em três perguntas: “*De onde vim? Quem sou eu? Para onde irei?*” (sic) E que saber sobre sua vida passada faz ele saber quais ensinamentos tem nesta vida e que isso o prepara para chegar onde ele quiser. “*Meu passado me ajuda a descobrir quem eu sou, já fui o rei Henrique da Espanha, Rei David e Bruce Lee*”. Breno falava de Bruce Lee desde quando explicava os movimentos de lutas que fazia nos corredores da enfermaria. Além disso, em outros momentos, disse precisar resolver coisas que Bruce Lee havia deixado por resolver e que deveria proteger Linda Lee, esposa de Bruce Lee.

Breno sempre disse que não era filho biológico de seus pais mas depois de alguns anos de atendimento, acrescenta outros elementos à sua interpretação de sua origem. Ele diz que seus pais queriam uma filha, que se chamaria Penélope, que já tinham comprado tudo rosa e quando chegaram ao hospital a filha havia morrido e o pai mandou trocar o bebe morto por ele, filho da Cristiane Torlone. Neste momento, Breno vai ao Hospital Psiquiátrico onde teve muitas internações e solicita um documento dizendo que o problema é da família e este

documento é feito. Ao que ele pede que tire uma Xerox e anexe seu escrito: *“Pedido de DNA, proposto a Justiça por diferença de fator sanguíneo em relação a pai e mãe, e suposta troca em maternidade ocasionada pelos mesmos premeditadamente, 1 dos motivos que somente esse filho sofre todos esses crimes de tortura, tanto física, quanto psicológica desde os 14 anos de idade.”* (sic). Diz ainda que era filho de Cristiane Torlone não com o marido dela na época e sim fruto de uma traição. Diz ter descoberto quem é seu pai, *“o Manoel, capitão de fragata, que perdeu tudo que tinha e virou mendigo. Eu o ajudei esses dias, coloquei ele no ônibus”*.

Em um atendimento Breno diz que tem *“milhares de filhos espalhados pelo mundo porque durante as internações, seu sangue foi coletado e injetado nas mulheres através da embriologia para produzir seres perfeitos”*. Diz ainda que estas mulheres, *“achavam que estavam sendo estupradas mas não estavam já que cada gravidez era consequência do estudo embriológico feito com seu sangue”*. Alguns dias depois diz que precisa falar sobre o instituto Benjamin Constant

*aquele lugar para cegos, é tudo mentira, não são cegos, o cantor Ray Charles esteve lá usando óculos escuros mas ele não é cego. Lá é um lugar para onde vão os africanos que chegam nas embarcações, os angolanos. Os homens chegam colocando a mão nas mulheres, elas gostam. Os que não fazem assim, elas não gostam. Os angolanos estupram as freiras, elas gostam porque zona erógena da mulher é a bunda*

Falo sobre ter falado de estupro em hospitais também ao que ele diz

*Em hospital dão injeção de palmitato de potássio, que é palmito mais potássio. Palmito é bactéria. São três ml, a bexiga tem 300 ml eu corria para o banheiro, bebia muita água para diluir. Tomava injeção L5 e L15. Os caras faziam isso, eles vinham pra bater mas eu já tinha esse corpo, batia neles. Eles faziam isso mas eram viados. O cara, um angolano, tirou a roupa virou a bunda e falou “me come, me come”. Eu estava tomando banho. Vou te falar um negócio, o G. foi estuprado pelo pai a vida toda, aí desconta na sociedade, fica assim psicopata. É um trauma infantil, e trauma infantil a gente não revela. Por isso o cara faz isso com você, fala assim, porque ele não pode ter o trauma infantil revelado. O médico sabe, o cara nunca falou disso com o médico, mas ele sabe que o médico sabe e o médico sabe mas não revela o trauma porque isso é humilhante e aí quando ele se sente humilhado ele fica agressivo*

Perguntar a ele como tem descoberto essas coisas, parece fazer parte de poder escutar o caminho construído por ele mas no atendimento seguinte ele me diz : *“Você fica perguntando como eu sei isso, você tem que parar de viajar, eu vivi isso e pronto. Eu estava la, eu vivi.”*

No tempo em que estive na rua, foi acolhido em alguns lugares como posto de

gasolina e a sede da Comlurb e se refriiu a estes como locais de trabalho. Assim como dizia trabalhar no CAPS, disse trabalhar no posto e na Comlurb. Sobre isso, escreve um documento:

*PROCURAÇÃO TRABALHISTA EM NOME DA PREFEITURA*

*Eu, portador do RG \*\* e CPF \*\*, constando ter prestado serviços como auxiliar de serviços operacionais da Comlurb, durante o período\*\*, estou me responsabilizando por este documento e tenho plena consciência de todas as minhas faculdades mentais, revento todo o somatório de valores desde \*\*\* à \*\*\* à instituição Comlurb (...) e relatando que a ciência que exerci é Botânica homeopática na instituição CAPS Rubens Correa e Psicologia RH (Psicologia trabalhista), e me demitindo mediante acordo coma gerência do CAPS.*

Nos últimos meses diz estar trabalhando na policia federal e policia rodoviária, relatando episódios nos quais encontra maneiras de abordar situações com algumas pessoas na rua, as quais considera ser de facção criminosa. Em sua ultima internação diz,

*me tira daqui porque você sabe que meu problema não é psiquiátrico e sim psicológico. É no CAPS que tenho que me tratar, sabe que vou todos os dias, mas não posso ficar o dia todo. Marca uma hora pra me atender porque eu tenho que trabalhar. Mas todo policial precisa de uma psicóloga, eu sustento meu trabalho porque vou lá falar com você, desabafar. O que seria da minha vida se não fosse você ?*

Nos primeiros meses morando na rua, Breno me relata estar sendo impedido de entrar em um shopping que tem uma sede do DETRAN, na qual estava indo para pedir que trocassem seu nome. “Estou na rua, não estou mais com meus pais, não sou filho deles, quero registrar meu nome real”. Nesse momento diz que seu nome será Breno Carter, “para proteger da família”. Sobre “Carter” diz “carta, carteadado, sorte.” Passa a assinar assim e fica escrevendo em vários papéis o “novo sobrenome”. Sobre esta construção, escreve:

*Em meu nome Breno \*\*\*, abro mão do processo contra o estado negligenciando qualquer recebimento governamental, até mesmo isto nunca ter ocorrido, desde \*\*\* a \*\*\*. Agora o processo em andamento em \*\*\* só terá o comparecimento de \*\*\* (nome dos pais) e seus familiares que usaram meu nome e documentação para recebimentos ilícitos, constando falsa identidade ou falsidade ideológica, mediante o INSS (\*\*\*) bairros) para receber aposentadoria de incapaz (grifo dele), o que nunca ocorreu, trabalho até hoje, normal consciente de todos os meus atos e deveres de cidadão, isso se comprova nas contas de dentro de casa (\*\*\*) endereço) que desde 2000 estão todas em meu nome. Aqui me ausento do comparecimento em Forum e peço troca de sobrenome medida de segurança, para Breno CARTER.*

Em um atendimento muitos meses após sua tentativa de se livrar da família ter se configurado na questão da troca do nome, Breno escreve o nome todo de sua mãe e de seu pai

e irmãos, seguidos de seu tipo sanguíneo e DETRAN seguido de seu tipo sanguíneo. Mãe RH O+, pai RH B+, irmão mais novo RH ABO, irmão mais velho RH B+ e o dele RH O-. Com isso, afirma não pertencer a esta família “*pela lei da álgebra aritmética*” sobre sinais iguais e sinais diferentes:

$$\begin{array}{l} + + = + \\ - - = + \\ + - = - \\ - + = - \end{array}$$

Não ter o sangue compatível com o deles, para ele, justifica ser filho do Manoel O-, de origem dinamarquesa ou polonesa. Manoel era pai também de dois cantores famosos que tiveram na vida real a morte do pai anunciada próximo a data deste atendimento. A profissão dele era capitão de fragata do forte de Copacabana e empresário que por se entregar aos vícios de bebidas e mulheres, acabou virando mendigo,

*quem eu ajudei com minhas roupas e livros de conhecimentos kardecistas e outras literaturas”. “Ele é meu pai e a mãe é a X.(fala o nome de sua mãe). Descobri isso então agora é só mudar de nome. Tira o nome do pai, tira o M. (sobrenome do pai) e meu nome fica Breno B. LUCK. BRENO LUCK, sorte em inglês. Breno B. Luck que é diferente de M. (nome do pai), que está OUT, FORA! Meu RH é O-(sic).*

Breno passa a escrever seu sobrenome como LUCKY e após esta construção encontra com a mãe na rua e ela vai ao CAPS dizer que não sabia dizer o motivo mas que ele tinha conseguido se aproximar dela de uma forma diferente e tinha aceitado ajuda. Entro de férias, Breno é internado e tenho notícias no retorno que durante esta internação ele aceitou muito mais a presença da mãe. A partir desta aceitação, foi possível concretizar o que estava sendo trabalhado há anos com eles em relação à moradia. A mãe alugou e mobiliou uma casa perto do CAPS para ele, que por sua vez aceitou e foi morar lá. Saiu de alta acompanhado da mãe para a casa nova e foram ao CAPS. Neste dia, comuniquei a ele minha saída do CAPS. “Então pode fechar meu prontuário também. Minha questão está resolvida e se eu precisar falar, vou falar com você. Para onde você vai?”(sic). Em uma ligação telefônica feita por ele após minha saída do CAPS, ele me diz: “Está tudo igual como sempre foi, Um=Um.”

Memorando escrito por Breno:

DATA \*\*\* NOME \*\*\* RG\*\*\* CPF\*\*\*

\*MEMORANDO= CURA DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS, A NÍVEL MEDICINA ORGANICISTA=

1ª ETAPA= ENTENDIMENTO DO PROBLEMA, ATRAVÉS DE CONVERSA INVESTIGANDO AS RAÍZES DO PROBLEMA.

2ª = ATRAVÉS DO ENTENDIMENTO, TRAÇAR TRATAMENTOS DE ACORDO COM O CASO \*AFIRMATIVA\* CADA CASO É 1 CASO DIFERENTE, AS VEZES, COM SINTOMAS PARECIDOS, NUNCA IGUAIS\*

3ª = FOI OBSERVADO A MELHORIA EM TODOS OS CASOS, EM PACIENTES, QUE POR ORIENTAÇÃO PROCURAM ESPORTES QUE MAIS SE IDENTIFICARAM, PARALELOS AO TRATAMENTO.

4ª = SEMPRE LEVAR A QUEIXA DO PACINETE EM CONSIDERAÇÃO, AS VEZES ATÉ ANULANDO O HISTÓRICO FAMILIAR, \*SE ELE NÃO ESTIVER FALANDO A VERDADE,ISSO SERÁ OBSERVADO PELO PROFISSIONAL DE PSICOLOGIA, NO DECORRER DO TRATAMENTO, SÓ ASSIM DEVE SE CONSIDERAR A OPINIÃO FAMILIAR\* POIS A MAIORIA DOS ERROS, ESTÁ JUSTAMENTE AÍ, CONSIDERAR COMO VERDADE O QUE É DITO PELA FAMÍLIA, ANULANDO A PALAVRA DO PACIENTE, QUE JÁ ESTÁ COM 1 PROBLEMA E AS VEZES DE GRAVIDADE ATÉ SÉRIA DEMAIS,\*PIORANDO O CASO E MUITAS VEZESO TORNANDO IRREVERSÍVEL, POR NEGLIGENCIAR SUA PALAVRA,\*LOGO QUANDO ELE MAIS PRECISAVA DA SUA AJUDA, E QUE POR REVOLTA, E ATÉ NORMAL NESSE CASO, PIORA, PARTINDO PARA SUA AUTO-DESTRUIÇÃO, E QUANDO ISSO ACONTECE O SEU PENSAMENTO, JÁ ESTÁ TÃO TOMADO QUE NEM CONSEGUE RACIOCINAR A NÃO SER A PRÓPRIA ANIQUILAÇÃO.\*

1ª ETAPA DO PROCESSO DE CURA=

- 1) TODOS OS EXAMES LABORATORIAIS= ELETRO-CEFALOGRAMA, TUMOGRAFIA COMPUTADORIZADA E OS EXAMES BIOLÓGICOS: SANGUE, URINA, FEZES, \*DETECTANDO TODAS AS FRAGILIDADES DO ORGANISMO EM QUESTÃO A SEREM TRATADAS, \*QUE ATRAVÉS DE PESQUISAS ATUAIS, SOBRECORPO HUMANO, ESSES FATOREM EM DESORDEM TAMBÉM INFLUENCIAM NO NÍVEL DE DESORDEM PSÍQUICA, SE ESTIVEREM DESCONTROLADOS A NIVEL ORGÂNICO.
- 2) DETECTADOS OS FATORES CAUSADORES ORGÂNICOS DO PROBLEMA E SANADOS (A PARTIR DE MEDICAMENTOS FARMACEUTICOS OU PSICOTRÓPICOS, 1 EM CIMA DO OUTRO, CRIA EFEITOS COLATERAIS INCONTROLÁVEIS E MUITO DIFÍCIL DE REVERSÃO, COM SEQUELAS, QUE É O QUE NORMALMENTE ACONTECE.)

\* MEDICAMENTOS NATURAIS A SER DITO ACIMA É = ALIMENTAÇÃO NATURAL, COM A AVALIAÇÃO DE NUTRICIONISTA E SEREM MINISTRADAS DENTRO DA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE, COMO EM CASA PELOS FAMILIARES.

\* E SEMPRE CONSIDERANDO QUE CADA CASO É DIFERENTE, AFINAL NENHUM CORPO BIOLOGICAMENTE É IGUAL, E TODOS TIVERAM LESÕES, EM SITUAÇÕES DIFERENTES, O QUE EXIGE ATENÇÃO DIFERENTE EM CADA CASO, SE A INTENÇÃO É A CURA TOTAL DO PACIENTE.

3) PARA CURAR PSQUIATRIA \* 1º ENTENDER = OBRIGATÓRIA FORMAÇÃO ACADÊMICA, EM PSICOLOGIA ATUAL E SEMPRE SE MODERNIZANDO A NÍVEL PSICANÁLISE(

1º OBSERVAÇÃO DAS ORIGENS DO PROBLEMA, ATRAVÉS DE CONVERSAS AMIGÁVEIS COM OS PACIENTES E RESOLUÇÕES SIMPLES, CLARAS E OBJETIVAS, MOSTRANDO SOLUÇÕES, QUE O PRÓPRIO PACIENTE IRÁ PASSANDO AS IDÉIAS RESOLUTIVAS , \* PARA PRÁTICA = AÇÕES E PASSO A PASSO RESOLVENDO SEUS PRÓPRIOS PROBLEMAS, CONQUISTANDO ASSIM SUA AUTO-CONFIANÇA E SUA AUTO-ESTIMA, \*O QUE O IMPULSIONARÁ A QUERER RESOLVER TANTOS OUTROSQUE SURGIREM Á FRENTE, Á MEDIDA QUE O PROFISSIONAL, DER OS ACONSELHAMENTOS RESOLUTIVOS E O PACIENTE, UTILIZANDO-OS



NA PRÁTICA, SEMPRE 1 DE CADA VEZ, PARA NÃO OCASIONAR DA MENTE DO PACIENTE FICAR CONFUSA COM EXCESSO DE INFORMAÇÕES E O NÍVEL DE ANSIEDADE OU DE EUFORIA, NÃO SE ELEVAR, \* PREJUDICANDO ASSIM O ANDAMENTO DO SEU PROGRESSO, CONQUISTADO COM O TEMPO, \* CABE AO PROFISSIONAL DE PSICOLOGIA ESTAR PREPARADO PARA ISSO. \* PSICÓLOGOS, COM DOMÍNIO PRÓPRIO E CONSCIENTES DO QUE ESTÃO FAZENDO E SEMPRE SENDO AVALIADOS POR PROFISSIONAIS DA ÁREA, POR ESSE RAMO DA MEDICINA, QUE COSTUMO CHAMAR DE MEDICINA DA MENTE OU MÁXIMO CONTROLE OU DOMÍNIO DO QUE SE PENSA, QUE É ESTRESSANTE PELA CARÊNCIA DE PROFISSIONAIS QUALIFICADOS NESTA ÁREA POR LONGO TEMPO, SEM APRESENTAR PROBLEMAS A NÍVEL DE CONFUSÃO MENTAL, DEVIDO A SOBRECARGA E DEMANDA DE PACIENTES, \*SOBRECARRREGANDO O PROFISSIONAL, \* QUE COM O DECORRER DO TEMPO ABRE QUANDRO CLÍNICO DE ESQUIZOFRENIA, OU PENSAMENTOS FORA DE ORDEM OU EMBOLADOS MEDIANTE OS PADRÕES NORMAIS, O LEVANDO EM SEQUÊNCIA DE FÉRIAS OBRIGATORIAS POR TEMPO DE SERVIÇO.

### 2.3.2 Caso João Paulo<sup>5</sup>

#### ANAMARIAMASCULINA – O SIGNIFICANTE DA TRANSFERÊNCIA

**João Paulo** tem quarenta e oito anos, dos quais passou vinte um internado na Casa de Saúde Dr. Eiras. Este hospital psiquiátrico teve ordem judicial para encerrar suas atividades após constatarem a exposição aos internos de condições subumanas de sobrevivência. Na maior parte do tempo, ficou sem notícia e contato com sua família. Chegou à enfermaria masculina de atenção à crise do Instituto Municipal Nise da Silveira (IMAS) a partir do trabalho de desinstitucionalização que fechou este manicômio de onde veio encaminhado. No IMAS foi feito junto ao DETRAN uma pesquisa a partir da documentação vinda da antiga instituição, na qual seu nome constava como **Paulo João**. Com isso descobriu-se os dados de seus familiares, que foram contactados e foi confirmado o erro do nome de registro nas documentações. Ele se nomeava por **João Paulo**. Foi preciso conseguir a segunda via de sua certidão de nascimento em outro Estado para que fossem retirados os documentos com o nome dele de fato, **João Paulo**. Esse equívoco que o atravessou por tantos anos simbolizava a direção de uma instituição que não tinha o menor compromisso com a singularidade. O acompanhamos na retirada de seus novos documentos e fomos surpreendidos pela notícia da família de que eles tiveram um irmão que faleceu muito jovem que se chamava **Paulo João**. Assim, considero esse trabalho da equipe de Assistência Social do IMAS como a primeira

---

<sup>5</sup>Nome fictício criado a fim de preservar a identidade do paciente

marca de um olhar para o sujeito, nesse contexto grave de devastação. E assim iniciou-se uma oferta inédita de tratamento. Ele parecia bem à vontade com o ambiente próprio de uma internação, fazendo muitos movimentos que indicavam os atravessamentos dessa brutal institucionalização. João Paulo catava as guimbas de cigarro no chão e as guardava no bolso, gostava de ficar sentado no chão nos cantos das paredes, se masturbava na frente de qualquer pessoa e em qualquer lugar. O caso demandava um trabalho de desinstitucionalização que exigia uma intensividade com ele, com a família e com o território.

Nesse contexto, inicio uma escuta a ele na enfermaria. Escutava João Paulo chamar as mulheres de mãe e os homens de pai. Essas nomeações apareciam também ao final de suas falas: “*Não é, mãe?*” “*Não é, pai?*”. Ao que disse para ele, *não é sua mãe*, uma vez que dirigiu essa fala a mim. Comecei a questioná-lo um pouco em relação a isso, “*Mãe? Sua mãe?*”. A princípio parecia não ter efeito nenhum, dizia : “*Você é minha mãe.*” , assim como dizia a todas as mulheres que via. Em algum momento ele diz: “*Oi, Anamaria masculina!*”. Ao que pergunto: “*Anamaria masculina?*”. E ele diz: “*É, ué, você não atende o telefone falando ‘Anamariamasculina, boa tarde!’?*”. Como estávamos em uma enfermaria masculina, costumava atender o telefone com a fala: ‘Enfermaria masculina, boa tarde’. A partir desse momento João Paulo passa a se referir a mim através do significante ‘*Anamariamasculina*’. Ao ser o único momento em que não estava falando *com* seu pai ou sua mãe, tornou possível que começasse a falar comigo *sobre* seus pais. A partir de como tomou esse significante, João Paulo consegue falar do estabelecimento da transferência. Esta parece ter tornado possível todo o tratamento incluindo sua continuidade no CAPS e mais nenhuma internação psiquiátrica ao longo de todos os anos que o atendi.

Deparar-se com essas coisas, poder perguntar por aquilo que não apareceu por tantos anos, não foi sem consequências. Ao falar de sua história, de maneira confusa, desorganizada e cheia de lacunas, se interrogava sobre suas coisas ao afirmar os objetos como seus. Óculos, relógio, celular, prontuário etc. João Paulo recorrentemente dizia que alguma coisa era dele, exigindo que lhe “devolvessem”. Falo com ele sobre o fato dele estar querendo saber sobre sua história, sobre coisas que haviam se perdido nesse tempo todo internado. Por exemplo, ao dizer a ele que aqueles óculos (que ele tentava pegar dizendo serem seus) eram meus mas que eu estava escutando ele dizer das coisas dele que haviam se perdido e que ele estava querendo saber delas, João Paulo questionava: “*Cadê meus óculos?*”(sic). Ele costumava reagir agressivamente às abordagens quando tentava pegar um objeto mas essas intervenções passaram a ter algum efeito. Ele passou a largar o objeto e poder falar sobre esse movimento. E foi assim que João Paulo começou a falar que tinha uma noiva, sobre o bairro que morava,

que trabalhava com o pai, que a mãe era “*um doce*”(sic). João Paulo respondia às suas próprias perguntas, “tinham roubado tudo dele porque ele é muito poderoso”. “Eu tenho uma ligação com você porque meus dentes eram iguaizinhos aos seus”(sic). E a partir disso perguntava: “*Cadê meus dentes, o que aconteceu com meus dentes? Eu tinha dentes iguais aos seus.*”(sic). E a partir disso passou a fazer a pergunta que se manteve por muito tempo: “*Vai amputar meus dentes?*”(sic).

O CAPS tem como uma das principais diretrizes poder cuidar de casos de pacientes institucionalizados após longos períodos, muitas vezes tendo perdido toda e qualquer referencia familiar e/ou territorial. E os pacientes aparecem com discurso empobrecido, com marcas dos maus tratos no corpo e na posição. O que parecia chamar atenção em João Paulo, a minha e também das equipes, era o quanto sua fala surpreendia. As roupas sujas, os bolsos cheios de guimba de cigarro, agachado no chão, com a aparência envelhecida, sem nenhum dente a ponto de exigir cuidado especial com a alimentação, sem saber de suas referencias por mais de vinte anos... E bastava uma oportunidade de dar-lhe a palavra, que ele se dizia DEUS, que podia tudo, que tudo era dele. Estava ali, com um ‘eu’ inabalado, enorme, dando a ele sempre um lugar de especialidade, exclusividade e superioridade. Ali era possível reconhecer sua estrutura paranóica, para além de suas construções delirantes de conspirações contra ele, para pegar tudo que era dele e do quanto todos os episódios de crise, nos quais ficava agressivo, se iniciavam com delírios persecutórios. Quando João Paulo começava a perguntar por suas coisas, perguntar o que estavam escrevendo no prontuário, se era dele, era hora de intervir a partir dos elementos que nos dava. E na maioria das vezes, o lugar dado por ele a partir da transferência era a única possibilidade de que ele escutasse as intervenções. Isso muitas vezes fez a equipe atribuir à minha presença a possibilidade de manejar suas crises. E isso representava para mim, demanda de trabalho de transmissão com a equipe e também poder em ato intervir.

Ao mesmo tempo em que ia se apropriando de sua história ao poder falar dessas coisas, a família se reaproximava apesar de muita resistência. João Paulo estava perguntando muito sobre seus pais e pedindo para voltar para casa deles. Nos atendimentos com duas das irmãs, elas relataram que os pais já haviam falecido há muitos anos mas que ele não sabia. Foi transmitido aos irmãos a importância de que conversassem com ele sobre o que havia acontecido neste período, principalmente em relação aos pais. Depois de tantos anos, João Paulo saiu de licença para passar o Natal na casa de um dos irmãos, que conversaria com ele. Isso incluía falar sobre os pais, que ele esperava encontrar. O irmão parecia assustado e me ligou por “não saber o que fazer” diante de alguns movimentos de João Paulo, como por

exemplo se masturbar na frente das pessoas. Contudo ele retorna à enfermaria com João Paulo, dizendo não ter falado sobre a morte dos pais para “*não estragar o Natal com notícias ruins*”(sic). Havia uma aposta na importância de que essa conversa tivesse acontecido. Ele achou que encontraria os pais e, como isso não aconteceu, voltou para a enfermaria muito agitado, perguntando o tempo todo por eles. Passou a ter recorrentes crises de heteroagressividade. Dizia que as pessoas da equipe estavam roubando seus pensamentos e os agredia, além de agredir outros pacientes. Isso teve como consequência que aumentassem sua medicação, que lhe fossem aplicadas medicações injetáveis como “medida SOS”, que fosse contido recorrentemente etc. Sempre que me via escrevendo em um prontuário, dizia que era dele, que eu estava escrevendo sobre ele e ficava nervoso. “Está escrevendo o que aí sobre mim, Anamariamasculina? Fica todo mundo aqui escrevendo sobre mim. É tudo meu.”(sic). Eu dizia estar ouvindo que ele queria saber das coisas dele, do que poderiam escrever sobre ele mas dizia que o prontuário não era dele, mostrava que não era. E essa intervenção vinha acompanhada de perguntar o que ele achava que estavam escrevendo sobre ele, perguntar coisas da história dele, atribuindo a ele a possibilidade de dizer sobre a própria vida. Isso costumava acalmar João Paulo, que começava a rir e as vezes falava alguma coisa de sua história. Nesse contexto, houve um episódio no qual me viu falando ao telefone e veio tirar o telefone da minha mão. João Paulo veio em minha direção decidido a pegar o telefone e um técnico da equipe interveio tentando segurá-lo. Neste episódio ele não deu nenhum espaço para intervenções, ficou agitado de um jeito que foi preciso chamar os seguranças para ajudar a conte-lo juntamente com os enfermeiros e não foi uma tarefa fácil para eles, que tiveram muita dificuldade com a força de João Paulo. Tampouco para mim que acompanhei todo o processo juntamente com outra psicóloga da equipe. Tentamos dar palavras ao que acontecia com ele em sua agitação e aos movimentos dos seguranças a partir da necessidade de ajudá-lo a não se machucar e não machucar ninguém naquele momento.

João Paulo perguntava o tempo todo onde estavam os pais e se poderia ir à casa deles. Alguns profissionais da enfermaria, ao não saber lidar com isso, passam a dizer que os pais estavam lá na casa deles, que estavam vivos, que ele iria encontrá-los, o que o deixava mais nervoso. A situação ficou insustentável e a família recuou completamente de poder lidar com isso. Após esta crise, fiz a aposta em uma conversa com ele que incluía o que havia acontecido com seus pais. Falo sobre a morte deles e em um primeiro momento João Paulo diz que é mentira, que seus irmãos haviam mentido para mim. Mas passa a falar disso comigo em todos os atendimentos e os episódios de agressividade diminuem bruscamente. O trabalho com a família sempre incluía o CAPS como lugar de tratamento pós internação e a indicação

de que ele não permanecesse em uma enfermaria de crise “por não ter para onde ir”. Mas não desconsiderou toda a dificuldade em lidar com aquelas questões que haviam negado por décadas. Com o tempo, alguns irmãos recuaram completamente mas duas irmãs abriram a possibilidade de levá-lo para morar com elas. Estas moravam no mesmo terreno, em um bairro da área programática do CAPS Rubens Correa. Para tornar isso possível, uma vez que ele já tinha toda a sua documentação, entrou-se com pedido do benefício chamado Bolsa Desospitalização. Além disso, outro dado importante para a família foi a garantia do CAPS como serviço que daria continuidade ao tratamento.

Aproximadamente dois meses antes de sua alta, fiz a passagem do caso na enfermaria para a equipe e saí do IMAS. Contudo continuava no CAPS, trabalhando com ele, com a família e com as duas equipes as questões de sua alta. Nas últimas semanas ele voltou a ter os recorrentes episódios de agressividade e a equipe da enfermaria pôde dizer sobre o receio de que ele fosse para casa daquele jeito. Mas a direção de tratamento de João Paulo apostava nas incidências para ele de estar em uma enfermaria de crise sem indicação para tal. Além disso, ele iria para a casa mas continuaria o tratamento com a intensividade necessária em um dispositivo de alta complexidade. Ainda na enfermaria, ao resgatar um pouco sua história, João Paulo continua a perguntar sobre seus dentes e passa a **pedir** para “*amputar*”. E quando eu falava com ele sobre o CAPS ele dizia: “*Voce vai amputar meu dente lá, né?*”(sic). Ele perguntava isso a outras pessoas e era recorrente escutar “*amputar é tirar, você quer tirar ou colocar os dentes?*”, ou “*vamos ver um dentista para cuidar disso*”. Não tirei a legitimidade de que este processo pudesse vir a ter a possibilidade de incluir algum movimento concreto mas desde que isso fosse construído por ele. Deixei isso um pouco em suspenso, dizendo estar escutando que ele queria amputar os dentes, sem significar isso e esse pedido parece ter sustentado sua ida ao CAPS. E o tratamento neste serviço se iniciou antes da alta, que aconteceu no momento no qual sustento com a equipe da enfermaria a importância de apostar que morar com as irmãs, frequentar o CAPS e principalmente retomar sua vida fora do hospital, faria com que aqueles episódios de agressividade diminuíssem e/ou se mostrassem mais manejáveis. No primeiro atendimento no CAPS, João Paulo escreveu seu nome diversas vezes em um papel, seguido do endereço da casa que morou com seus pais antes de ser internado. Passou a fazer isso recorrentemente ao longo dos quatro anos que o atendi. Desde a internação no IMAS, ele repetia esse endereço, foi quando começou a querer escrevê-lo e isso seguiu também no CAPS. Esse endereço era um outro bairro, relativamente distante do CAPS e da casa que depois foi morar com suas irmãs. A partir do quanto ele falava que ia para lá, construímos com ele algumas idas naquele território, na casa onde havia morado com seus

pais. Isso foi feito algumas vezes a partir do uso do recurso de acompanhantes territoriais com os quais a internação no Nise contava. Foi feita a alta de João Paulo e depois de 22 anos foi morar com as irmãs e sustentou o CAPS como seu lugar de tratamento. Assim, João Paulo passa a perguntar também às pessoas deste serviço se iriam amputar seu dente e sempre dizia “*Anamariamasculina vai amputar meus dentes*”, no que se repetiam respostas semelhantes às das pessoas na enfermaria, atribuindo algum significado ao “amputar”. Foi neste contexto, que em um atendimento no qual ele me ajudava a preencher sua ficha do prontuário lhe pergunto: “*Mas João Paulo, o que é ‘amputar’?*”. E ele responde: “*É se encaixar dentro de si mas sem deixar de ser você mesmo*”(sic). A irmã de João Paulo, diante do que ela achou que lhe cabia nesses pedidos, o levou para um tratamento dentário, no qual foi feita uma dentadura. João Paulo a tirava no CAPS e me perguntava se eu iria amputar seus dentes. A transferência se dava de forma maciça e só a partir da mesma era possível abordá-lo em situações nas quais a equipe já havia tentado manejar de diversas formas. E suas idas ao CAPS eram marcadas por situações nas quais João Paulo se masturbava na ‘convivência’, enfiava palitos de fósforo dentro dos ouvidos até sangrar, saía correndo pela rua dizendo que ia para o bairro onde morou com seus pais, abordava as pessoas que passavam na rua, pegava as coisas das mãos de outros pacientes etc. Nessas incessantes repetições, seu tratamento pôde nomear o que lhe acontecia e a partir de seu endereçamento, o trabalho foi possível. Desde sua alta há aproximadamente 4 anos, não foi mais internado.

### 3 O MANEJO DA TRANSFERÊNCIA NA PARANÓIA

No que diz respeito ao debate sobre a paranóia, Izcovich (2002) afirma que no início do século XX estava no centro de uma viva discussão tanto no seio da psicanálise quanto no da psiquiatria. O autor chama atenção para o fato de após a tese de doutoramento de Lacan sobre paranóia em 1932 as referências terem desaparecido progressivamente. Além disso ressalta que o diagnóstico de paranóia, que não consta no manual psiquiátrico americano de referência para o diagnóstico, ainda conserva um lugar essencial para os psicanalistas que seguem o ensino de Lacan. Lacan preconizou o exame da estrutura antes de abordar a questão do tratamento analítico para a psicose. Sendo a transferência o conceito psicanalítico que possibilita o tratamento, será preciso problematizar o estabelecimento desta a partir da análise do mecanismo da estrutura paranóica.

#### 3.1 Considerações sobre a paranóia

S. Freud (1895) inicia no Rascunho H a discussão sobre a paranóia como uma neurose de defesa cujo principal mecanismo seria a projeção ao defini-la como um modo patológico de defesa, assim como a histeria, a neurose obsessiva e a confusão alucinatória. Faz também um paralelo das idéias obsessivas com as delirantes, ao afirmar que os delírios tem origem na perturbação afetiva por conta de um conflito. Mesmo não deixando espaço para dúvidas a respeito da defesa, questiona sobre a peculiaridade da defesa paranóica pelo fato da censura ser proveniente de fora. Assim permanece o tema e muda a localização, deixando a censura afastada de seu eu. Em relação a seu mecanismo principal, Freud afirma que o propósito da paranóia é rechaçar uma ideia incompatível ao eu e isso é feito projetando seu conteúdo para o mundo externo. Aqui o autor refere-se à megalomania como tendo a mesma função no que diz respeito a manter afastada do eu a ideia penosa. Em relação à ideia delirante, o autor afirma que esta é sustentada com a mesma energia com que outra ideia penosa é rechaçada do eu e que o segredo é que “essas pessoas amam seus delírios como amam a si mesmas.” (FREUD, 1895, p. 257). Além disso, define a ideia delirante como uma cópia da ideia rechaçada ou seu oposto. A auto-referência da paranóia é trazida por Freud (1895) como análoga às alucinações da confusão alucinatória por procurarem afirmar exatamente o

contrário do que foi rechaçado. “Assim, a referência a si mesmo sempre tenta provar a correção da projeção.” (FREUD, 1895, p. 258).

No Rascunho K, Freud (1896) reafirma a paranóia como neurose de defesa que ocorre sujeitas às mesmas causas precipitantes dos seus protótipos afetivos e atendendo às precondições de serem de natureza sexual e ocorrer anteriormente à maturação sexual. A paranóia é então tomada como consequência de um recalçamento e Freud (1896) refere-se ao estado afetivo psíquico como de mortificação. O autor diz haver uma tendência natural contra dirigir a energia psíquica de forma que resulte em desprazer. Freud (1896) atribui o recalçamento ao desprazer e se propõe a investigar a origem deste que parece ser liberado pela estimulação sexual prematura. Assim, o autor aponta para o fato de que a vergonha e a moralidade são as forças recalcadoras. Freud (1896) descreve o rumo tomado pelas doenças de recalçamento. Tem início na experiência sexual traumática e prematura, seu recalçamento ao ter sido despertado a lembrança correspondente e a formação do sintoma primário, a defesa bem sucedida exceto por este sintoma e o estágio em que as ideias recalcadas retornam travando luta com o eu e formando novos sintomas da doença propriamente dita. O autor localiza no modo como se realiza o recalque, o caráter específico de uma determinada neurose. Ao descrever o recalçamento na neurose obsessiva, Freud (1896) ressalta que a experiência primária foi acompanhada de prazer e ao ser lembrada deu origem ao desprazer fazendo emergir uma autocensura consciente. Esta lembrança e autocensura são recalcadas e se forma no lugar delas um “sintoma antitético, uma nuance de escrupulosidade.” (FREUD, 1986, p.270). O autor localiza no que chama pela primeira vez de estágio do retorno do recalçado, o retorno sem modificação da autocensura, que emerge como um sentimento de culpa sem conteúdo e portanto se liga a um conteúdo distorcido. A partir disso entra na questão sobre o que está me jogo e que marca a diferença na paranóia. Para Freud (1896), o eu consciente considera a obsessão como estranha, não acreditando nela ao se valer da ideia antitética da escrupulosidade formada anteriormente. A doença é marcada pela luta defensiva do eu contra a obsessão, produzindo os sintomas da defesa secundária. Ainda que sua força compulsiva seja inabalável, a ideia obsessiva é atacada pela lógica. No que diz respeito à paranóia, o autor afirma a experiência primária de natureza semelhante à da neurose obsessiva. O recalque ocorre depois que a respectiva lembrança causou desprazer e não é formada nenhuma autocensura, nem é posteriormente recalcada. Assim, o desprazer gerado é atribuído a outras pessoas, segundo o mecanismo da projeção e o sintoma primário formado é a desconfiança. Na paranóia o eu não considera como estranhos a si mesmo os sintomas de compromisso e é impelido por eles a fazer tentativas de explicá-los, descritas por Freud



(1896) como delírios assimilatórios. Com o retorno do recalçado de forma distorcida, a defesa fracassa de vez e estes delírios são interpretados como uma modificação do eu, ao invés de sintoma de defesa secundária. “O elemento determinante da paranóia é o mecanismo da projeção, que envolve a recusa da crença na autocensura.” (FREUD, 1896, p.275). Assim, o autor afirma que o recalque na paranóia se dá com a recusa da crença.

Apesar da importância do Rascunho K, neste não houve acréscimo no que diz respeito à teoria da paranóia. Contudo na carta 125, Freud sugere que a paranóia acarreta o retorno a um auto-erotismo primitivo, chegando a considerar a paranóia como uma irrupção da corrente auto-erótica, como um retorno à posição então prevalente. Em seu artigo sobre as psiconeuroses de defesa, refere-se à defesa psicótica como a mais poderosa e bem sucedida, ao afirmar que o eu rejeita a representação incompatível juntamente com seu afeto e se comporta como se a representação jamais lhe tivesse ocorrido. Ao romper com a representação incompatível e esta ficando inseparavelmente ligada a um fragmento da realidade, o sujeito se desliga total ou parcialmente da realidade. S. Freud atribui ao mecanismo de defesa na psicose, o lugar de condição sob a qual as representações do sujeito recebem a vividez das alucinações. Quando retoma este texto, em observações adicionais às neuropsicoses de defesa, Freud analisa um caso de paranóia e ressalta as vozes como retorno do recalçado e formação de compromisso.

Em 1911, Freud faz uma análise do caso Schreber a partir de sua leitura das ‘Mémorias de um doente dos nervos’, escrito e publicado por Daniel Paul Schreber. Este relata seu adoecimento e localiza o início após o episódio de ter-lhe ocorrido a ideia de que ‘afinal de contas, deve ser realmente muito bom ser mulher e submeter-se ao ato da cópula’. Schreber relata o amolecimento do cérebro, idéias de perseguição, a crença de estar morto e em decomposição, de ter seu corpo manejado da maneira mais revoltante e que tudo era em nome de um intuito sagrado. Ele sofria de estupor alucinatorio, ansiava pela morte e tinha idéias delirantes que assumiam caráter místico e religioso. Além disso achava-se em comunicação direta com Deus. A construção do delírio de Schreber passava pela certeza de ter a missão de redimir o mundo e restituir-lhe o estado perdido de beatitude. Isso, entretanto, só poderia realizar-se primeiro se transformasse de homem em mulher. Essa ideia de transformar-se em mulher constituiu o delírio primário, anteriormente encarado por ele como grave injúria e perseguição e foi relacionado ao papel de Redentor de maneira secundária. Freud (1911) interessou-se pelo fato do delírio de estar sendo transformado em mulher ser uma ideia patológica.

Seu médico Flechsig era nomeado como ‘assassino da alma’ e a transferência se dava,

segundo Freud, a partir do fato do paciente ter lembrado de seu pai e seu irmão ante a figura do médico, redescobririndo-os nele. Em relação ao mecanismo da paranóia, Freud (1911) ressalta a relação íntima entre as fantasias homossexuais e os delírios de perseguição, fazendo uma relação entre estas e a paranóia. Identificava no centro do conflito subjacente à paranóia, uma defesa contra o desejo homossexual e esse conhecimento dirige atenção para um estágio do desenvolvimento da libido, entre o auto-erotismo e o amor objetal, o narcisismo. Freud (1911) explica a partir da transformação por projeção da proposição única da paranóia ‘Eu (um homem) amo (um homem)’, os delírios de perseguição e a erotomania. Nos delírios de perseguição, ‘Eu não o amo. Eu o odeio’, que se transforma por projeção em ‘Ele me odeia (persegue), o que me desculpa por odiá-lo’, onde o perseguidor é alguém que outrora foi amado. E na erotomania ‘Eu não o amo. Eu a amo’ e em obediência à projeção ‘Eu noto que ela me ama’, concluindo ‘Eu não o amo, eu a amo porque ela me ama’. A formação delirante, presumidamente produto patológico, aparece como tentativa de restabelecimento em um processo de reconstrução. S. Freud (1911) afirma que o processo de repressão propriamente dito consiste em um desligamento da libido em relação às pessoas – e coisas- que foram amadas anteriormente. O autor reconhece como incorreto dizer que a percepção suprimida internamente é projetada para o exterior, afirmando o contrário, que aquilo que foi internamente abolido retorna desde fora. Assim, analisa o desligamento da libido como mecanismo essencial e regular de toda repressão, concluindo então que este não pode por si só ser o fator patogênico da paranóia, indicando a existência de alguma característica especial que distinga o desligamento paranóico da libido dos outros tipos. E com isso questiona qual emprego se faz da libido após ela ter sido liberada pelo processo de desligamento. Freud trilha o caminho, ao tentar responder a esta questão, da vinculação desta ao eu para o engrandecimento deste. Assim, faz retorno ao estágio do narcisismo, no qual o único objeto sexual de uma pessoa é seu próprio eu. Neste ponto, Freud (1911) supõe que os paranóicos trazem consigo uma fixação no estágio do narcisismo, a extensão do retrocesso do homossexualismo sublimado para o narcisismo. Ao admitir que o desligamento da libido pode ser parcial ou geral, analisa que o desligamento da libido em relação a figura de Fleckshig pode ter constituído o elementar no caso Schreber, tendo sido imediatamente seguido pelo aparecimento do delírio. Ao afirmar não ter uma teoria das pulsões bem fundamentada, Freud se diz incapaz de resolver a questão que coloca a respeito de presumir que a catexia libidinal coincide com o interesse geral ou de considerar que um distúrbio muito disseminado na distribuição da libido possa ocasionar perturbação correspondente nas catexias do eu. Ao dizer não poder mais colocar de lado a possibilidade que distúrbios da libido reajam sobre as

catexias do eu, o autor afirma ser provável que a característica pulsional das psicoses seja constituída por processos desse tipo. Assim, considera mais provável que a relação alterada do paranóico com o mundo deva ser explicada inteira ou principalmente pela perda de seu interesse libidinal. Freud conclui ‘O caso Schreber’ prenunciando duas teses principais no sentido de cujo estabelecimento a teoria da libido das neuroses e das psicoses estaria avançando: “que as neuroses surgem, principalmente, de um conflito entre o eu e a pulsão sexual, e que as formas que elas assumem guardam a marca do curso do desenvolvimento seguido pela libido – e pelo eu.”

No texto ‘A disposição à neurose obsessiva’, Freud (1913) ressalta características peculiares à paranóia e, além de falar da megalomania e afastamento do mundo dos objetos, fala sobre o que interessa especificamente a este trabalho, que é a dificuldade aumentada na transferência. Na sequência conclui que a fixação disposicional deve ser procurada, na paranóia, em um estágio de desenvolvimento libidinal antes de a escolha objetal ter se estabelecido, ou seja, na fase do auto-erotismo e do narcisismo.

A questão dos investimentos libidinais é retomada no texto freudiano sobre o narcisismo. Ao se referir à megalomania e desvios de interesse do mundo externo (de pessoas e coisas) como principais características dos parafrênicos, Freud (1914) ressalta a segunda como aquilo que os torna inacessível à influência da psicanálise e não podem ser curados pelos esforços da mesma. Aqui o autor levanta a função da fantasia na neurose, ao dizer que o neurótico também desiste de sua relação com a realidade mas não corta sua relação erótica com as pessoas e coisas, as retendo na fantasia. Na parafrenia o que diferencia a situação é que ao retirar a libido das pessoas e das coisas do mundo externo, não se substitui por outras na fantasia. Ao se questionar em relação ao destino da libido que foi afastada dos objetos na esquizofrenia, Freud (1914) explica a megalomania como surgindo às expensas da libido objetal; a libido afastada do mundo externo é dirigida para o eu, dando margem a uma atitude que ele chama de narcisismo. Contudo ressalta que o fato da megalomania não ser uma criação nova, sendo ampliação e manifestação de uma condição que já existia, leva a considerar o narcisismo que surge da indução das catexias objetais como sendo secundário.

A partir da segunda tópica freudiana, Freud (1924) volta à questão da neurose e psicose, marcando a diferença entre estas ao afirmar que a primeira é o resultado de um conflito entre o eu e o mundo externo, ao passo que a psicose é o desfecho análogo de um distúrbio semelhante nas relações entre o eu e o mundo externo. A partir daí, em referência à gênese dos delírios, diz que este se encontra aplicado como um remendo no lugar em que originalmente uma fenda apareceu na relação do eu com o mundo externo. Freud (1924)

conclui considerando a questão de saber qual mecanismo, análogo à repressão, por cujo intermédio o eu se desliga do mundo externo. E retoma a questão da perda da realidade na neurose e na psicose afirmando que na segunda, duas etapas podem ser discernidas, das quais a primeira arrastaria o eu para longe da realidade e a segunda tentaria reparar o dano causado e restabelecer as relações do indivíduo com a realidade às expensas do mesmo. Afirma ainda que o segundo passo da psicose destina-se a reparar a perda da realidade pela criação de uma nova realidade que não levanta mais as mesmas objeções que a antiga, agora abandonada. Assim o autor compara e iguala a função de reparação que acontece na neurose e na psicose. O autor coloca como tarefa para estudo especializado a elucidação dos diversos mecanismos que, nas psicoses, são projetados para afastar o indivíduo da realidade e para reconstruí-la. Por este percurso se desenha a importância do delírio na obra de Freud, como um fenômeno de criação de um novo caminho a fim de reparar a perda da realidade. Se na neurose, conta-se com a função da fantasia como recurso que viabiliza a conexão entre as representações, na psicose o que se constrói é o delírio. Assim podemos tomar o delírio como um caminho para a transferência na paranóia, encontrando caminhos trilhados por Freud a respeito de uma investigação dos mecanismos psicóticos, que permitiram que Jacques Lacan pudesse avançar.

Garcia (2000, p.5) ressalta que as elaborações freudianas sobre a paranóia questionaram a hegemonia do saber psiquiátrico. A partir disso, a autora afirma que a causa atribuída à psicose passa a ser de ordem sexual e os fenômenos da alucinação e do delírio, ao serem abordados no registro da linguagem, ganham novo estatuto. Apesar de ter avançado no estudo da psicose, principalmente da paranóia, Freud recuou no que diz respeito ao tratamento oferecido pela psicanálise para sujeitos psicóticos. O interesse de Jacques Lacan pela psicose esteve presente desde sua tese de doutorado de 1932 intitulada “Da psicose paranóica e suas relações com a personalidade”. Posteriormente dedicou um seminário à questão das psicoses, onde retomou as elaborações freudianas do caso Schreber e estudou a função da obra de James Joyce no seminário 23, desenvolvendo o estudo sobre o tema e chegando neste ponto a elaborações que não serão abordadas nesta dissertação. Lacan avança em relação à ética, se fazendo valer da teoria freudiana dos delírios como tentativa de cura, ao propor a escuta para os sujeitos psicóticos.

A partir da leitura lacaniana, essa questão homossexual da paranóia apreendida por Freud é trazida por Quinet (2011) menos como causa do que um dos efeitos da falta da inclusão do Nome-do-Pai no Outro, da falta de mediação simbólica entre um sujeito e outro. A forclusão do Nome-do-Pai implica a não travessia do Édipo e não sendo submetido à castração simbólica, o sujeito não tem acesso ao falo como significante que lhe traria efeito de

significação sob seu sexo, situando-se numa problemática fora-do-sexo. Por isso trata-se de um fenômeno imaginário que nada tem a ver com a homossexualidade neurótica e perversa, já que o sujeito é fora-do-sexo. Em relação ao delírio de Schreber, a partir da ideia freudiana de que na psicose o que foi abolido dentro retorna do lado de fora, Quinet (2011) diz com Lacan que o Nome-do-Pai abolido do simbólico retorna no real pela construção delirante de uma procriação, como resposta à invocação da função simbólica de pai. Em relação ao segundo período do delírio de Schreber, Quinet (2011) afirma que na medida em que a metáfora delirante *Mulher de Deus* lhe permite procriar, vem suprir o furo no simbólico que corresponde a forclusão do Nome-do-Pai. “Esta metáfora permite apreender que o significante foracluído no simbólico – o significante da procriação – retorna no real.” (QUINET, 2011, p.25). Isso corresponde à definição freudiana de delírio como um remendo na fenda da relação do eu com o mundo externo. Apesar da metáfora delirante ser o significante que tem função de induzir efeitos de significação, Quinet (2011) ressalta que ela não é equivalente à metáfora paterna que desaloja o sujeito da posição de objeto do Outro e efetua a castração simbólica. Ainda assim, sua construção se dá a fim de provocar algum apaziguamento ainda que não barre totalmente o Outro. O delírio é uma forma de retorno no real do significante do Nome-do-Pai foracluído no simbólico e transforma o gozo na psicose.

Se para o neurótico o Outro é faltoso por conta da inclusão do significante da castração, para o psicótico o Outro não é barrado, apresentando-se em sua consistência. E o sujeito psicótico se vê submetido a esse Outro que tudo pode, ou seja, ocupa a posição estrutural de ser objeto do gozo do Outro. Lacan (1987, p.22 apud QUINET, 2011, p.66) define a paranóia como a identificação do gozo no lugar do Outro. A partir disso Quinet (2011) questiona sobre o que é o objeto *a* para o próprio sujeito na psicose se este se encontra na posição estrutural de objeto para o Outro. Assim como já foi abordado, a teoria freudiana do narcisismo fala do retorno para o eu da libido desinvestida dos objetos. É pela retomada lacaniana deste ponto, ao afirmar os psicóticos como verdadeiramente livres por deterem o objeto *a*, que Quinet (2011) aborda a questão. Por conta da não operação da castração, a fantasia como mediação da relação do sujeito com objeto ( $\$ \diamond a$ ) fica suspensa na psicose. Assim, “O delírio terá como função a de conectar e desconectar o sujeito em seu status de objeto *a*, com o (e do) Outro como o faz a fantasia para o neurótico.” (QUINET 2011 p.68).

O sujeito sendo subordinado à cadeia significante e à linguagem e o objeto sendo fora do significante, da ordem do real, o estatuto do sujeito do gozo é o próprio objeto *a*. A partir desta polaridade proposta por Lacan, Quinet (2011) afirma poder situar o sujeito da psicose como aquele que é correlacionado ao gozo pela via de um Outro que dele goza. O psicótico

está fora do discurso, como foi abordado pela teoria dos discursos do campo do gozo em Lacan. Mas isso não significa estar fora da linguagem e a relação com esta é “anômala, pois a cadeia significante é tomada em bloco.” (QUINET, 2011, p. 112). Na paranóia trata-se portanto de um Outro, que não castrado pelo significante do Nome-do-Pai, inclui o gozo. O Outro para o paranóico ocupa o lugar subjetivo de jamais faltar, é consistente.

Nas três formas de paranóia descritas por Freud a partir de Schreber a propósito da causalidade do delírio paranóico, segundo Quinet (2011) são patentes a subjetivação do outro e a posição que o paranóico ocupa de objeto de gozo do Outro. São elas o delírio de perseguição, a erotomania e o delírio de ciúme e em todas o sujeito se encontra em posição de objeto desse Outro consistente. Assim é possível retomar o delírio como tentativa de cura da fenda na relação com a realidade na medida em que a criação de uma nova pelo sujeito paranóico, atenua o gozo que o invade. A posição freudiana em relação ao diagnóstico da paranóia foi marcada por caracterizá-lo pela regressão da libido ao estado do narcisismo. Na perseguição, erotomania e ciúme o sujeito nega a si mesmo e delega tudo ao outro da dupla (a- a') do eixo imaginário que sempre acompanha o eu do paranóico. Em relação ao gozo, na paranóia este está incluído no outro como alteridade, passando a estar na posição de objeto desse designado por ele.

Freud marcou bem a diferença entre paranóia e esquizofrenia e Lacan a sustenta, ainda que as duas estejam situadas na foraclusão do Nome-do-Pai e portanto tenham em comum a ausência de barreira ao gozo do Outro. Freud marca a partir da regressão da libido ao estado do narcisismo na primeira e o retorno ao auto erotismo infantil na segunda. E essas regressões correspondem em Lacan ao registro do imaginário como âmbito da imagem, do eu e do sentido. Isso implica, na paranóia, “a fixação à imagem do outro (a-a'), o congelamento do sentido e a ênfase do eu que vai até a megalomania.” (QUINET, 2006). No registro do Real, concernente ao gozo, tem-se em comum que nas duas formas de psicose não existe barreira ao gozo do Outro. Contudo na paranóia o sujeito está na posição de ser objeto do gozo do Outro e na esquizofrenia há um despedaçamento da estrutura desse Outro subjetivado, que com sua ausência faz o gozo retornar ao corpo do sujeito. Essa consistência do Outro na paranóia por ser receptor de gozo se opõe a essa ausência do outro na esquizofrenia marca o registro do Simbólico. Em contraponto à dificuldade de apreensão pelo significante como fundamento da fragmentação do eu na esquizofrenia, na paranóia o sujeito é “retido por um significante que tem a característica de ser um significante ideal.” (QUINET, 2006). No registro do Simbólico, o Outro do paranóico adquire consistência sendo receptor de gozo e o sujeito é fixado por um significante que tem a característica de ser um significante

ideal. Enquanto na esquizofrenia a ausência do Outro e o sujeito não se deixa apreender ou representar pelo significante.

### 3.2 A paranóia e o mecanismo da *Verhaltung*

Apesar de ressaltar a peculiaridade da defesa paranóica, S. Freud a colocou ao lado das neuroses ao considerá-la uma forma de defesa contra uma ideia incompatível com o eu. Lacan (1932) utiliza o trabalho de Kretschmer, que pretendeu isolar dentre os delírios paranóicos, um grupo denominado *Sensitive Beziehungswahn*, traduzido por “delírio de relação dos sensitivos”. Segundo Lacan (1932), Kretschmer demonstra que as causas, os sintomas e a evolução de toda manifestação clínica do delírio têm determinações puramente psicogênicas. O caráter, o acontecimento vivido e o meio social são os três elementos distinguidos por Kretschmer nas causas determinantes do delírio. Esse tipo sensitivo é um dos quatro tipos de caráter e Lacan (1932) observa que todos são definidos por reações psíquicas totais aos acontecimentos. Assim o tipo sensitivo é definido pela reação própria a acontecimentos de carga afetiva, que se distingue por uma “*falha na condução* que detém a descarga pela ação; a essa parada corresponde a repressão (*Verhaltung*) na consciência das representações correspondentes.” (LACAN, 1932, p. 80). O autor afirma que esta repressão nada mais é do que a função exacerbada de retenção na consciência dos complexos ideafetivos, fazendo com que a representação do acontecimento e o estado afetivo desagradável ligado a ela se reproduzam indefinidamente na consciência. Por esta via Lacan (1932) marca a oposição do modo reacional que chamou de *repressão* ao do recalçamento da histeria que torna a lembrança penosa inconsciente.

A partir destes pontos ressaltados nos textos freudianos sobre paranóia no que diz respeito à aproximação desta das neuroses, Quinet (2006) interroga sobre qual fundamento estrutural permite essa aproximação. E propõe, a partir da utilização lacaniana do conceito *Verhaltung* de Kretschmer, que a especificidade da paranóia seja o mecanismo de retenção do significante-mestre. Ao falar sobre o conceito de *Verhaltung* o autor explica em nota que, diferente da ‘*repressão*’ que Lacan propôs em sua tese, considera ‘retenção’ sua melhor tradução, correspondendo ao mecanismo de interrupção do movimento. E afirma ainda que este mecanismo de retenção na consciência das representações do acontecimento traumático impede o tipo sensitivo de ter uma descarga afetiva do mesmo. O autor dedica um capítulo de

seu livro ‘Psicose e Laço Social’ à questão do Um paranóico e a *Verhaltung*, que será utilizado para o desenvolvimento deste item.

Para desenvolver a questão do sujeito retido por um significante na paranóia, o autor se refere às considerações sobre o significante unário, ao interrogar que Um é esse da afirmação lacaniana “Há Um” e o define no campo da linguagem e do gozo. A unidade, que “no campo da psicanálise não tem por função a unificação e sim a distinção” (QUINET, 2006) é encontrada em Lacan como traço unário (*Einzigkeit*). Este traço da diferença está na base de toda identificação e com isso constitui o paradoxo de se tornar traço de igualdade. Esse Um (*Einheit*) que agrupa no mecanismo de identificação de vários sujeitos com um único traço, é o Um da Lei, que é o S1 agente do discurso do mestre. É distinto dessa unidade do círculo que a reúne, há o Um do *Einzigkeit*, que é o Um da exceção, o S1 como discurso inconsciente no discurso do mestre. “Se a função que damos ao um não é mais a de *Einheit* e sim de *Einzigkeit*, é que passamos das virtudes da norma às virtudes da excessão.” (LACAN, 1961 apud QUINET, 2006). O sujeito barrado da neurose se inscreve como ausente em relação a esse Um, sendo o significante pulado da cadeia, o -1 do significante-mestre e ao não se deixar agarrar pelo significante, não há somente Um que o represente. Na paranóia o sujeito não escapa à incidência do S1 ao não se inscrever como ausente em relação a este significante.

O inapreensível gozo se encontra no saber (S2), invade o significante que não faz a função do Um que barra como Nome-do-Pai e comemora essa irrupção. O encontro traumático com o real do sexo deixa a representação do Um do trauma (S1 traumático) no sujeito que surge como efeito deste encontro. Neste campo do gozo o Um existe como significante-mestre que não domina o gozo. Na neurose o S1 como significante do encontro faltoso com o sexo, como significante traumático condenado a repetição, é recalcado. Na paranóia, o significante do trauma (St) não é recalcado e sim submetido à *Verhaltung*. O sujeito identificado com este Um ao qual todos os significantes estão referidos não se inscreve como -1 também em relação ao gozo e assim ele é o Um ao qual tudo se refere, fixando-se ao gozo traumático.

Em relação ao desenvolvimento freudiano no Rascunho K ao comparar o mecanismo da neurose obsessiva e da paranóia, Lacan (1960) ressalta que o *Unglauben* não é a negação da fenomenologia do *Glauben*, da crença. A partir disso, afirma que o fenômeno da descrença é um modo próprio da relação do homem com seu mundo e que há, quanto a esta, uma posição do discurso que se concebe em relação à Coisa, ela aí é rejeitada no sentido da forclusão. Quinet (2011) chama a atenção, no que diz respeito à afirmação lacaniana de que



o discurso da ciência seja determinado por essa *Verwerfung*, para o fato do discurso da ciência tratar da “posição de discurso” e não de “posição de sujeito”. O autor refere-se ao mecanismo da retenção para pensar que, se é possível falar da forclusão da Coisa no que concerne ao discurso da ciência, não é possível no que concerne ao paranóico que não rejeita o gozo. A recriminação é a marca da proibição na Coisa gozoza, sendo então um índice do Nome-do-Pai expressando a lei. Se a crença na recriminação promove o recalque, a descrença corresponde à forclusão do Nome-do-Pai. O retorno no real da recriminação forcluída do simbólico pode ser sob forma de injúria alucinatória.

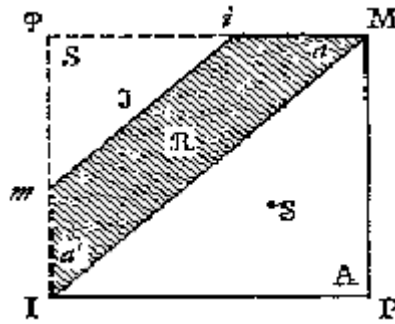
No esquema freudiano da escolha da neurose a partir da crença ou descrença na recriminação primária, há, para Quinet (2006) dois significantes: o significante traumático (St) e o significante da lei (SL). O St é o significante do gozo, a representação ou recordação do incidente primário e o SL é a representação de recriminação que equivale ao Nome-do-Pai. Se o SL transforma o significante do gozo em St, eles não têm o mesmo destino nas diferentes estruturas. É a teoria freudiana dos mecanismos da neurose obsessiva e da paranóia que sustenta essa teoria da incidência desses significantes a partir de seus destinos. Se o recalque é o destino do SL e St na neurose obsessiva, a forclusão do SL na paranóia impede que o St seja submetido ao recalque e, ao não se deslocar, fica retido na cadeia significante. Essa retenção provoca o gozo excessivo conotado de desprazer. Os delírios persecutórios se configuram na medida em que o SI forcluído no simbólico retorna no Real do lado do Outro, de onde o sujeito interpreta a recriminação. “O retorno do SI no Real recompõe a cadeia significante (S1-S2) vinculando-se ao St que retém o sujeito. Daí o sujeito é representado por um significante para outro significante.” (QUINET, 2006, p.99).

A partir do desenvolvimento lacaniano da metáfora paterna, Soler (2001 apud Quinet 2006 p.60) propõe pensarmos que na paranóia o significante do Desejo da mãe (DM) está presente apesar de não articulado com o Nome-do-Pai.

Na paranóia encontramos (DM/x), que não é metaforizado devido a ausência Nome-do-Pai, a qual pode ser suprida com o significante do ideal (I), como pode ser verificado no esquema R que conjuga o triangulo imaginário (a-a'- $\phi$ ) com o triangulo simbólico (I-M-P). (QUINET, 2006, p. 60).

A partir da afirmação de que na paranóia à forclusão do Nome-do-Pai (NPo) no simbólico corresponde a elisão do falo ( $\phi$ ) no Imaginário, o autor desenvolve a explicação de que mesmo sem o  $\phi$  e o P, o par M-I, que se encontra figurado no triangulo simbólico (junto com o P) neste esquema de Lacan, está presente, assim como o par imaginário a-a' (eu-outro) e o I vem no lugar de P. E atribui a isto o fato do paranóico poder encarnar o Ideal.

Figura 6 - Esquema R



Fonte: ccc, ano

Para Quinet (2006) essa proposta de considerar a fração (DM/x) da metáfora paterna especificamente presente na paranóia está em consonância com a retenção de um significante. Nesse caso, o sujeito paranóico permanece fixado ao DM com a significação enigmática (x) que se vincula a ele, devido à forclusão do Nome-do-Pai. Essa tese se sustenta na suposição de que houve uma primeira simbolização que possibilitou esse tipo específico de identificação alienante ao significante retido.

O mecanismo da *Verhaltung* permite que o paranóico entre nos laços sociais representado pelo significante. Sua relação com o significante-mestre é de identificação imediata no qual se fixa e é representado para todos os outros significantes. O sujeito identificado a esse Um, não se inscreve como -1 em relação ao significante nem ao gozo e isso sustenta o caráter megalomaníaco de ser o Um ao qual tudo e todos se referem. E é a partir da relação com as pessoas que essa questão se configura, se sente perseguido, olhado etc.

Breno afirma sofrer muitas tentativas de destruição por conta da inveja que sentem por ele ser “o melhor”. A fala de sua mãe de que ele foi o único filho desejado e a significação que Breno dá a isso quando diz “sou o melhor filho e os outros sabem disso, sempre fiz tudo melhor, sempre me destaquei” parece marcar a presença do significante do desejo da mãe (DM). A fala de Breno em relação ao pai de que “ele me deixou sozinho com ela” parece marcar uma ausência da função paterna de barrar o desejo da mãe, ou seja, a ausência do significante do Nome-do-Pai (NP). Com isso é possível dizer que a presença do DM se dá não articulado ao NP. Assim, como a ausência do NP tem como consequência a não metaforização do (DM/x), Breno encarna o Ideal afirmando-se como o Um, o “melhor em tudo que faz”. A não metaforização incide no fato deste desejo da mãe, não barrado pelo pai porque o deixou sozinho com ela, tê-lo colocado nesse lugar no qual ser “o melhor” o deixa retido nesse significante que marca toda a perseguição que sofre.

### 3.3 O manejo da transferência na paranóia

A transferência implica o analista e isso exige que sua posição seja de não compreender, ou seja, é preciso não responder à demanda do sujeito. A “*referência primeira à compreensibilidade serve para determinar o que justamente produz ruptura e se apresenta como incompreensível*” (LACAN, 1955, p.14). Ao levantar esta questão, Lacan afirma que o que é falso é conceber que o sentido de que se trata é aquele que se compreende. Seguindo o pensamento, fala que compreender é como pensar que há coisas que são evidentes e assim uma imensa variedade de sequencias que se apresenta são negligenciadas na noção de relação de compreensão. Em relação à paranóia, afirma que é “porque ela se situa no plano da compreensão como fenômeno incompreensível (...) é que a paranóia é para nós tão difícil de discernir, e que ela apresenta também um interesse maior.” (LACAN, 1955, p.31). E o caso João Paulo evidencia isso na medida em que, interrogar de que mãe ele estava falando ao invés de responder de um suposto lugar dado por algo da ordem de uma compreensibilidade. E isso permitiu que ele pudesse construir, a partir do significante da transferência (Anamariamasculina) uma demanda (“amputar os dentes”) que só pelo fato de não atribuir a isso nenhuma significação foi possível sustentar seu tratamento.

Os casos clínicos ilustram a aposta desta pesquisa de que há transferência na psicose e sobre o seu manejo. Mas é preciso resgatar a teoria lacaniana para tornar possível alguma articulação a partir da especificidade no estabelecimento desta transferência. Assim como foi desenvolvido sobre a abordagem do Édipo por Lacan no campo do gozo, é o significante do Nome-do-Pai que estrutura os quatro discursos como laços sociais. O fato deste significante estar foracluído na psicose dá ao sujeito a definição de fora-do-discurso. Estando tanto no campo da linguagem quanto do gozo, se isso não impede as tentativas de estabelecimento de laço social, faz surgir uma das questões norteadoras desse trabalho de dissertação. Qual tratamento possível oferecer a esses sujeitos?

O estudo sobre a psicose e os casos clínicos apresentados, permitem afirmar que o Outro se apresenta sem furos ao sujeito. Rinaldi (2010) retoma este ponto do Outro se apresentando de forma maciça e absoluta para o sujeito psicótico para enfatizar a fragilidade da constituição do laço social. A partir disso a autora afirma que é preciso um trabalho clínico com cuidado especial. Isto para tentar evitar que o tratamento também não se transforme “em *mais uma* manifestação de invasão deste Outro sem furo, gozador, que toma o sujeito como objeto.” (RINALDI, 2010, p. 132, grifo meu). A esse ‘trabalho clínico especialmente

cuidadoso' atribuo o que está em jogo no que chamo de manejo da transferência na psicose. E se o tratamento pode vir a ocupar este lugar invasivo para o sujeito, podemos falar que isso se dá pelo endereçamento ao Outro da transferência. Se este é um analista, o que não é obvio já que a discussão se amplia ao tratamento de sujeitos psicóticos no campo interdisciplinar da saúde mental, cabe a este seu manejo. Assim, podemos afirmar que cabe ao analista os manejos necessários a fim de não ocupar esse lugar do Outro gozador dado a ele a partir de uma transferência maciça do psicótico. A partir da especificidade deste trabalho e o desenvolvimento da estrutura psicótica paranóica, estamos nos referindo ao sujeito para o qual o gozo está do lado do Outro. A clínica nos mostra que esse manejo passa por construir a possibilidade de mostrar-se furado para o paciente, sem com isso se retirar do lugar de quem pode escutar o endereçamento feito a ele, que inclui um Outro sem barras. Este trabalho é possível a partir da sustentação teórica de que o que está em jogo na transferência é a possibilidade de escutar que lugar o sujeito dá ao Outro. Ao retomar o que Lacan chamou de secretário do alienado, Rinaldi (2010) afirma que a posição do analista deve ser discreta para seguir o caminho trilhado pelo sujeito para o tratamento desse gozo mortífero do Outro. A autora traz esse contexto teórico da psicose para problematizar as tentativas de reabilitar o psicótico no trabalho do campo da saúde mental imerso no imperativo da reinserção psicossocial. E afirma ainda que para que seja possível tentar uma reinserção social do sujeito psicótico sem reforçar a sua posição de objeto frente ao Outro, é preciso levar em consideração as características clínicas que se apresentam a partir da singularidade de cada caso. Para além do manejo da transferência para que o sujeito psicótico não se sinta mais uma vez invadido pelo Outro, a condução de casos clínicos nos serviços públicos de saúde mental exige um trabalho de transmissão a uma equipe e manejo das demandas institucionais para que seja feito valer a clínica. Isso não se dá sem dificuldades e o caso Breno é atravessado por estes pontos, cujos fragmentos serão relatados a fim de transmitir como se dava o manejo a cada vez, cada atendimento, cada endereçamento.

O caso Breno articula questões sobre o que é possível fazer com esse imperativo da reinserção social que atravessa a prática clínica nos serviços públicos de saúde mental. Esse caso impõe uma barra às abordagens que se limitam ao que é direito do sujeito, exigindo que se faça valer a clínica do sujeito de direito. Se o campo da saúde mental no Brasil nasce marcado pela dupla referência às dimensões política e clínica, é no centro da discussão entre elas que, segundo Rinaldi (2006) estão as diferentes concepções de sujeito e cidadania. Na cidadania parte-se de um saber universal que prescinde do sujeito, que só poderia emergir a partir da sua singularidade. Pelo fato da lógica da cidadania se reafirmar por meio do discurso

do mestre, a autora afirma que o psicanalista enfrenta o desafio de sustentar a clínica a partir do discurso do analista. Ao longo do tratamento de Breno, surgiram algumas questões em relação aos princípios da Reforma e conseqüentemente às diretrizes do CAPS. Estas surgiram através da equipe e convocaram a responder pela aposta feita na direção de acompanhar o caminho traçado por ele em seu tratamento em detrimento de supostos direitos (e deveres) que a lógica da cidadania demandava.

Em relação à noção de território, foi preciso sustentar que o tratamento de Breno se daria em um CAPS fora da sua área de abrangência já que após 15 anos de internações recorrentes, era a primeira vez que ele sustentava um tratamento fora do hospital *pela via da transferência*. Recebi planilha com pacientes acompanhados por mim que estavam “fora da área de abrangência” com solicitação de que fossem encaminhados ao serviço de referência e sustentei que neste caso, o que o mantinha em tratamento era a referência que ele tinha *a partir da transferência*. Sobre a indicação de benefício por doença e sobre moradia, muitas vezes ouvi: “Breno está na rua, não tem dinheiro. Por que você não vê o benefício que ele tem direito?” (sic). Estar na rua, para ele, não tinha relação com a ausência de dinheiro. Ele rejeitava todas as ofertas, afinal “ele não estava na rua, estava na casa das namoradas na praia”(sic). Além disso dizia precisar não estar com os pais porque estes queriam destruí-lo. Ter direito ao benefício não fazia sentido para ele já que “não era maluco e sim vítima de perseguição e injustiças”(sic). Contudo vale ressaltar que algumas vezes Breno solicitou que eu “visse para ele o dinheiro que o governo teria que lhe dar”, articulando em sua fala o benefício e sua questão da dívida que o governo teria por ele ter tido diagnósticos sem ter doença. O que antes aparecia pelo movimento de querer processar os médicos, que o “diagnosticaram e internaram a mando da família”, se configurou posteriormente como dívida do governo. Em outro momento, pede de outro jeito: “*Faz um laudo de psicologia e pede todos os benefícios. Fiquei com problema psicológico por tudo isso que passei. Eu só não fiquei maluco porque falo com você todo dia, desabafo meus problemas e resolvo. Você sabe há quanto tempo é minha psicóloga né? Sete anos (sic).*” Nessas solicitações, percorri com ele seu percurso singular na solicitação de benefício. Precisamos ir juntos a postos do INSS, fazer ligações de agendamentos nas quais o atendente do INSS me perguntava se o benefício era por doença e as respostas eram para ela e para ele ao mesmo tempo, que estava ao meu lado escutando. Escolhi dizer que o paciente em tratamento no CAPS precisava explicar sua situação para o médico perito, que era um pouco como ele dizia que aconteceria. Isso aconteceu algumas vezes e no processo que fomos às etapas mais posteriores, Breno teve um agendamento para perícia médica. Sobre esta, Breno relatou que conversou com o médico,

“explicando que sempre trabalhou e que tem condições de voltar a trabalhar mas que sua família o está prejudicando, o colocando como maluco mas que ele já vai voltar a trabalhar.”(sic). O processo foi indeferido. O que o levou a ir à perícia foi sua construção de que isso fazia parte da investigação de seu caso, já que ali ele poderia *contar sua versão*. Isso teve grande importância para ele e para o caso mas não se configurava do jeito que o serviço e a família esperavam. Em relação à alimentação que os pacientes tem direito no CAPS, este tem horários e algumas regras. Contudo nos momentos de crise Breno chegava em horários aleatórios no CAPS, sujo, machucado, dizendo tudo que estava fazendo “pelas ruas” para se livrar das tentativas de destruí-lo. “Sabe como mantenho meu corpo inteiro e forte para não me destruírem? Com uma boa alimentação, preciso de frutas, legumes, verduras.”(sic). Apesar de me falar essas coisas, Breno se dirigia a equipe de forma imperativa, as vezes aos gritos, exigindo que lhe desses a comida, dizendo que não era paciente, que trabalhava lá e que era obrigação do CAPS. Isso criava uma certa resistência na equipe que tentava endurecer ainda mais as regras, como forma de “punição” (sic). Falas como: “Esse paciente é abusado, arrogante, se acha melhor do que todo mundo.”(sic), apareciam como relatos constantes da equipe. A cada dia era preciso tentar transmitir a esta equipe que não seria possível naquele momentos que Breno se enquadrasse os horários e que a maneira que ele conseguia dizer as coisas dizia respeito às questões e dificuldades dele. Breno não pedia nada, exigia, afinal ele “não precisava de ninguém, ele estava apenas usando o que era dele”(sic). Em um momento em que essa situação se repetia, Breno escreveu e me entregou um documento para que eu pudesse utilizá-lo junto ao CAPS para legitimar a indicação dos pedidos que vinha fazendo. Transcrevo:

*“Aos cuidados da Assistência Social do CAPS Rubens Correa.*

*PROCURAÇÃO DOS BENS MATERIAIS*

*Eu, portador da carteira profissional n\*\*\*\*\* série \*\*\*Local de nas: \*\*\*\*\*RG  
\*\*\*\*\*CPF \*\*\*\*\*RA: \*\*\*\*\*PIS: \*\*\*\*\**

*Autorizo a reverter todos os meus bens, referente a renda conquistada com, meu próprio trabalho em investimento da mesma em alimentação diária do mesmo, de nome Breno \*\*\*\*\* , conquistado o direito de almoçar pratos de comida variados nos períodos da manhã, tarde (almoço e lanche) e janta nesta instituição de apoio psicossocial durante o período da resolução da situação pendente da falta de pagamentos mensais desde o período de ( data \*) por cancelamento do documento PIS, PASEP, por ( nomes de pessoas\*) referente a empresa \*\*\* por ordem do mesmo, único e exclusivo responsável por esta decisão (do mesmo).*

*OBS = Eu em plena consciência dos meus atos, através da verdade provei inocência de todas as acusações a minha pessoa. (documentos originais).*

*Reverto os pagamentos mensais para própria alimentação abrindo mão de tudo, motivo de força maior relacionado a minha saúde, que ficou muito deteriorada durante o período de três anos, contando (datas \*) por lei judicial autorizada por psicologia NISE DA SILVEIRA a mando de Clarissa dos Santos (psicóloga e M\* psiquiatra, relato sobre negligência de atendimento hospitalar por próprio aval das*

*mesmas, mesmos conscientes que a lei as cobrava incessantemente, praticaram o crime (OBS= Esta é uma declaração verídica com diversas testemunhas e em que consta que as praticantes dos delitos, nunca se arrependeram ou mostraram qualquer tipo de sentimento com relação a vida humana, digo neste posto de saúde CAPS Rubens Correa período (datas) sem nenhuma modificação, nem por autorização das autoridades vigentes do ESTADO DO RIO DE JANEIRO.*

*Por favor peça ajuda a países estrangeiros tais como: Inglaterra, França, Espanha, EUA, Irlanda, Canadá e outros, quem puder ajudar na resolução do problema pois o meu caso é um caso isolado, totalmente diferente dos outros, já encontrados no Brasil, excluída dos seus direitos trabalhistas de recebimento do seu próprio salário, por méritos próprios independentes conquistados por mim mesmo e sem ajuda de ninguém e ainda com todo mundo contra, que eu recebesse o fruto do meu próprio trabalho, conquistado com 3 a 4 horas de estudo por dia ou diários durante aproximadamente 32 anos, e isso nunca sendo considerado por ninguém deste estado chamado RIO DE JANEIRO ou RJ, por favor se alguém quiser me ajudar, favor falar com o mesmo só pessoalmente.  
(Assinatura, endereço e documentos).”*

Este documento apontou para a necessidade de incluir no manejo o lugar atribuído de quem poderia “autorizar lei judicial”. Além disso, possibilitou uma escuta de que é a partir deste lugar de Um, único, que aparece como “arrogância” para quem escuta desavisado e é o lugar do qual consegue pedir ajuda. Breno diz abrir mão “de todos seus bens” para garantir a alimentação, que para ele é uma das coisas que o protege da destruição do Outro.

Estes pontos trabalhados dizem respeito ao acompanhamento das questões psicossociais que se deu a partir de uma escuta analítica oferecida ao sujeito, que tornou possível a sustentação de uma direção de tratamento. Abordar a questão do tratamento inclui que este se dê por intermédio de um discurso, a partir da teoria dos discursos de Lacan. Se estes são estruturados pelo Nome-do-Pai, o fato deste significante estar foracluído na psicose, o sujeito é definido fora-do-discurso. Se isso não impede todas as tentativas de estabelecimento do laço social, retomo a pergunta sobre qual tratamento é possível para esse sujeito fora-do-discurso. É possível o tratamento da paranóia pelo discurso do analista? O que o estudo dos casos trabalhados pode contribuir a partir do lugar dado à analista por eles *na transferência?*

Para pensar o tratamento psicanalítico da psicose, por intermédio de um discurso, interroga-se a possibilidade de sustentá-lo pelo discurso do analista. Para chegar a este, Quinet (2011) articula os tipos de tratamento oferecidos a estes sujeitos. Este autor afirma que a polícia trata o louco a partir do discurso do mestre, exigindo a adaptação à norma para que produza trabalho e a psiquiatria universitária através do discurso universitário ao tratá-lo como objeto de estudo, exames etc. Neste discurso, o sujeito que se produz é o patológico, barrado pela medicação. Quinet (2011) ressalta a relevância dada por Miller para o fato do discurso universitário ser o único que produz um sujeito para levantar a questão da

*transferência* como aquilo que surpreende o agente, já que faz com que este se veja implicado pelo sujeito psicótico. O exemplo que o autor traz é do delírio de Schreber implicando seu médico Flechsig ao dar-lhe um lugar privilegiado no mesmo. Para o autor, a antipsiquiatria promove o discurso da histérica uma vez que o psiquiatra se dirige ao sujeito psicótico para que este produza um saber sobre a loucura.

A incidência da forclusão do Nome-do-Pai na paranóia é a ausência de barreira ao gozo do Outro. E o sujeito paranóico está na posição de objeto do gozo desse Outro não barrado, consistente e receptor do gozo. Sendo o discurso do analista o único que trata o outro como um sujeito, pelo fato do lugar de agente, que é ocupado pelo analista, ser representado pelo *a*, nos deparamos com a dificuldade de pensá-lo no tratamento da paranóia. O analista ocupa o lugar de objeto, representando o saber inconsciente do sujeito, possibilitando assim que este produza seus significantes mestre. O analista faz de conta que é o objeto *a* para o sujeito, que no caso da paranóia, se vê como objeto do Outro. “Ser analista diante de um psicótico é, portanto, em uma certa medida, rivalizar com este.” (QUINET, 2011, p. 131). O que o caso Breno mostra é o quanto o sujeito se oferece como objeto de gozo para o Outro da *transferência* também. Isto corresponde a se oferecer ao lugar de objeto *a* para o sujeito que, ao estar na posição de objeto, dá ao Outro o lugar de quem goza dele. Como explicitado no capítulo II, para Freud a possibilidade de análise estava exclusivamente associada ao diagnóstico da neurose. O trabalho com sujeitos psicóticos não parte de ignorar a elaboração freudiana ao confirmar que, se não é impossível, é de outra ordem.

Em relação à demanda de análise do psicótico, a vertente do pedido ao analista de fazer barreira ao gozo do Outro que o persegue, é interpretada por Quinet (2011) como um pedido de asilo para exilar-se do Outro. No caso Breno, essa vertente aparece com seus diversos pedidos em relação a sua mãe, de que a convocasse para que não pudesse mais fazer as coisas no nome dele. Esse pedido pôde ser feito também ao hospital psiquiátrico, “onde a barreira é de concreto como se o Outro pudesse ser barrado na porta.” (QUINET, 2011 p.133). A primeira crise de Breno resultou em uma internação psiquiátrica e o que ele disse sobre isso depois é que fez isso “*para se livrar da mãe*” (sic), marcando que esse pedido atravessa seu tratamento.

Ao longo do tratamento, em meio a tentativas de processar a família por falar em seu nome e médicos por tê-los escutado, houve indicações pontuais de internação. Em um momento essa indicação passou, na construção dele, por “*precisar ir ao hospital para pesquisar o que a família havia dito sobre ele lá*”. Esse ponto também ressalta que, para Breno, o saber estava na família. E isso aparece na primeira abordagem quando ele, ao notar a



oferta de uma escuta, me diz: “Foi a mãe que fez isso, é tudo culpa dela, ela fez isso comigo, por inveja. **Se você quer saber alguma coisa, chama ela aqui e pergunte a ela.**” (sic). O fato de ter questionado minimamente esse pedido e ter atribuído a ele a possibilidade de dizer sobre o que lhe havia acontecido, permitiu que ele falasse sobre o lugar que dava à mãe, de quem podia interná-lo por conta de sua inveja, dando notícias do lugar de objeto que se vê frente o Outro. Essa localização do saber também aparece quando, ao dar continuidade ao tratamento no CAPS ele diz: “Aceito que você abra o prontuário para investigar a questão familiar. Chama todos eles aqui para resolvermos a questão. Eles fizeram isso comigo.” (sic). Para além de localizar o saber na família, essa pontuação diz respeito à **transferência** ao demandar que a análise possa intervir no que diz respeito ao acesso ao saber. Atribuo a possibilidade da continuidade do tratamento em um serviço extra hospitalar depois de tantos anos de internações recorrentes à transferência estabelecida, nomeada por ele quando diz que sou a L. Assim como foi trabalhado no caso clínico, algo do estabelecimento da transferência se deu por esta via, a qual Breno se remeteu durante todo o tratamento. Durante a desorganização na internação ele afirmava que L. estava no meu corpo, perguntava sobre meu trabalho no hospital onde ele havia sido atendido por L. etc. No CAPS, Breno diz: “você me escutou como a L. fez no hospital x.”(sic). “Se existe transferência na psicose é porque existe relação com o saber.” (QUINET, 2011, p.133). Se a análise é uma fala dirigida ao saber inconsciente, ela não se dá sem a emergência do Sujeito suposto Saber, pivô em torno do qual giram as questões da transferência, como exposto sobre o desenvolvimento de Lacan do capítulo 2. Na neurose, isso faz emergir a questão do desejo do Outro, ao supor a este SsS um suposto desejar. Lacan (1973) retoma a ligação da questão do amor e do saber, para afirmar que a experiência da análise pode constituir um saber sobre a verdade. Para isso retoma o fato de que, no discurso analítico, o *a* se sustenta pelo saber (S2) no que ele está no lugar da verdade, de onde interpela o sujeito, resultando na produção do significante pelo qual se possa resolver sua relação com a verdade. Isso sustenta a afirmação lacaniana de que a análise veio nos anunciar que há saber que não se sabe, que se baseia no significante como tal. “O analista, com efeito, de todas as ordens de discurso que se sustentam atualmente (...) é aquele que, ao pôr o objeto *a* no lugar de semblante, está na posição mais conveniente para (...) interrogar como saber o que é da verdade.” (LACAN, 1973, p.103). Quinet (2011) traz a formulação lacaniana de que o saber é da ordem do gozo e traz a análise do psicótico como uma aproximação da equivalência entre saber e gozo. Isto implica em uma equivalência entre o sujeito suposto saber e o sujeito suposto gozar. “(...) será que este sujeito que tem relação com o saber e que aparece na figura do analista é o sujeito suposto saber tal como concebemos o

neurótico?” QUINET (2011, p.133). Para desenvolver esta questão é preciso retomar que na relação do paranóico com o Outro, o sujeito se vê preso no lugar de objeto desse Outro consistente e sem barra, que goza. A ausência da falta que institui o desejo impossibilita a mediação e o Outro está no lugar de que tudo sabe a seu respeito. Por esta via Quinet (2011) afirma que a suposição de saber atribuída pelo neurótico ao analista é substituída pela certeza do psicótico. É por estar nesse lugar em relação ao saber que esse Outro goza do sujeito psicótico enquanto objeto. O autor ressalta ainda que, se na análise do neurótico há uma junção do desejo do analista com o desejo do Outro, na psicose o desejo do analista está sozinho porque o Outro não é suposto desejar e sim gozar.

Quinet (2005) afirma a transferência como uma função do analisante e não do analista, cuja função é saber utilizá-la. Ao ressaltar essa função do analista, o autor deixa claro o quanto ‘saber utilizar’ diz respeito ao empréstimo que o analista faz de sua pessoa para encarnar o sujeito suposto saber, já que ele não deve identificar-se com a posição de saber, que é uma equivocação. Na paranóia o sujeito permanece como objeto de um gozo desmedido do Outro e se oferece ao gozo do Outro também na transferência. Se é possível chamar o ‘saber utilizar’ de manejo da transferência, no que este diz respeito à paranóia é preciso incluir a indicação de que o analista, diante do lugar dado de suposto gozar possa, para não se identificar com o lugar do Outro gozador, mostrar-se furado. É isso que pode vir a retirar a possibilidade de ocupar para o paranóico, na transferência, o lugar de perseguidor. Ao dizer que L. estava encarnada, Breno me inclui na transferência e autoriza, com o consentimento da não confirmação de ser L; “tudo bem se não puder me dizer que é a L.” Assim dá chance da escuta de um endereçamento. Ao me excluir da dívida, me convoca a ocupar o lugar de quem pode resolver isso, se oferecendo para o gozo ao dar na transferência o lugar de um Outro que tudo pode também. Esse lugar dado por Breno na transferência, maciça, onde “você é a L. disfarçada”, ‘você é a Princesa Isabel’, “você vai resolver o meu problema de família”, é atravessado por imperativos. Contudo parece ter sido o fato de não ter sido um imperativo ocupar esse lugar que fez com que não entrasse para ele no lugar de quem poderia também destruí-lo. Ao contrário, a direção clínica foi de pegar carona com a “motorista da praia” sem ocupar seu lugar. Ser objeto da transferência é poder reconhecer o lugar dado pelo sujeito ao Outro para intervir a partir desse reconhecimento e para isso é preciso não ocupá-lo. Ao estabelecer a transferência, o sujeito psicótico proporá seu gozo ao analista, entregando-se a este como objeto *a*. Ao que Breno propõe que eu possa, ao contrário do que diz que os pais fazem (escravizam), o libertar, se coloca na transferência também à disposição para o gozo do Outro a partir dessa sua posição de objeto. Este caso nos coloca diante dos efeitos do manejo

da transferência na paranóia. E isso não está dado de uma vez por todas, é um manejo a cada encontro, a cada escuta, a cada intervenção e que inclui *decisivamente* poder escutar o lugar dado ao Outro pelo sujeito, a partir de sua relação com o objeto. Para Lacan, aquilo que chamou de manobra da transferência trata-se de uma concepção de estratégia.

Manobrar a transferência é dirigi-la com o objetivo estratégico de barrar o gozo do Outro que invade o sujeito na psicose. Quem faz essa manobra é o analista pelo seu ato e, como tal, ele não se deixa manobrar pelo paciente que o colocará, por decorrência lógica da estrutura, em posição de objeto de uma erotomania mortífera. Para tanto, é necessário que o analista apreenda sempre em que lugar o analisante o situa. Por intermédio de seu ato, o analista se contrapõe à manobra do analisante com uma outra manobra, para que este se instaure como sujeito e não como objeto do gozo do Outro. (QUINET, 2011, p. 136)

Por conta da implicação necessária da psicose com a forclusão do significante Nome-do-Pai, Quinet (2011) considera utópico que o significante possa advir a partir da postura do analista de dizer não ao gozo do Outro. E retoma a proposta lacaniana de que os alienistas sejam secretários do alienado e o que isso inclui de escutar sobre a relação do sujeito com o significante, como testemunha da relação do sujeito com o Outro. Foi a partir de ter estabelecido uma transferência, que Breno conseguiu me dizer do lugar de objeto que fica frente ao Outro ao dizer ser escravizado por sua mãe. Ao me chamar de “*Princesa Isabel*”, me dá o lugar na transferência de quem pode libertá-lo, o que aponta para a mesma oferta de si no lugar de objeto frente ao Outro. Podem escravizá-lo ou libertá-lo, ele está nas mãos do Outro, encarnado na figura materna ou na analista. A transferência no tratamento do sujeito paranóico inclui fundamentalmente testemunhar sua relação com esse Outro sem barras. E o manejo da transferência inclui lidar com o estreito espaço que se instaura entre testemunhar ou ocupar o lugar de perseguidor. No caso Breno é possível dizer que testemunhar inclui acusar recebimento do lugar dado a partir da oferta na transferência, que chamo de ‘poder pegar uma carona com o *motorista da praia*’ sem de fato ocupar seu lugar. E a aposta foi de que, ocupar o lugar de quem poderia libertá-lo, escorregar minimamente no que diz respeito a essa posição ao escutá-lo, seria colocar-me no lugar que deslizaria para perseguidor, caso não utilizasse essa oferta para dizer não ao gozo do Outro. Assim, o estudo desse caso aponta para os elementos que me fazem compartilhar da afirmação de Quinet (2011) sobre como se manifesta a transferência na psicose, já que “ocupar o lugar do Outro absoluto na psicose é uma consequência lógica da análise”. (QUINET, 2011, p. 136). E esse ponto se configura também como a maior dificuldade na análise de um sujeito paranóico, é preciso não ocupar esse lugar mas sustentar a oferta do lugar de *a* da transferência. Se na neurose a posição de

objeto do analista possibilita o sujeito o acesso ao saber, o percurso sobre a paranóia permite apontar para uma especificidade a partir da proximidade entre saber e gozo. Assim retomo o discurso do analista para sustentar a possibilidade de se ocupar o lugar de *a* através do qual o sujeito em sua posição de objeto de um Outro não barrado terá acesso ao saber enquanto gozo. O sujeito paranóico presentifica nesta relação transferencial esse lugar dado ao Outro e é a partir do manejo desta transferência que o analista poderá intervir. A clínica aponta para que esta intervenção se dê pelo esvaziamento de gozo do Outro que o paciente lhe atribui.

Trata-se para o analista de orientar a direção da cura do psicótico no sentido de passar do Outro não barrado ao Outro barrado:  $A \rightarrow \bar{A}$ . Isto significa promover o esvaziamento do Outro, provocar a falta no Outro, criando condições para fazer advir o significante e barrar o gozo proibido àquele que fala. Se a única maneira de cingir o real é por intermédio do simbólico, é pela fala que algo de esvaziamento do gozo pode vir a se produzir. (QUINET, 2011, p.138).

A forclusão do Nome-do-Pai, condição essencial da psicose, torna o Outro consistente e aparece no caso Breno quando fala deste lugar de objeto do Outro que o persegue e pode destruí-lo. E isso aparece também na transferência quando parece se oferecer ao gozo do Outro e isso convoca o analista a mostrar-se furado, faltoso, impossibilitado de ocupar o lugar do Outro sem barras que pode gozar dele. Essa experiência parece traduzir a importância da marcação da falta na posição do analista, que configura possibilidade de trabalho com o sujeito psicótico e que possibilitou o tratamento de Breno. Seu tratamento incluiu acompanhá-lo possibilitando que seus endereçamentos lhe dessem a possibilidade de construir significantes que o representassem para outro significante. Quais elementos do caso apontam para a sustentação desta afirmativa? Segue o desenvolvimento dessa questão.

Breno afirmava não ser louco, não precisar de tratamento e estar sofrendo uma injustiça, feita por sua família e compartilhada pelos médicos e serviços de saúde. A significação que deu foi de que ele sempre foi “o melhor” e seus irmãos tinham inveja dele e sua mãe não aceitava que ele pudesse viver sem ela. Durante muitos anos o tratamento de Breno foi reduzido a recorrentes internações em hospitais psiquiátricos e a primeira vez que sustenta a continuidade de um tratamento fora da internação, diz que é para que seja descoberta a verdade, para que eu possa, ao convocar a família, descobrir a verdade. Esse endereçamento de que eu pudesse fazer isso no CAPS se sustenta a partir da transferência estabelecida por ele, ao dizer e sustentar que tinha uma pessoa no meu corpo, L. Breno afirmava que esta havia sido a única pessoa que lhe havia escutado e que havia dito que sua mãe precisava se tratar. Para ele, toda a perseguição que sofria dizia respeito a “pertencer” a

esta família e dava à mãe o lugar de um Outro sem barras que poderia fazer o que quisesse dele. Mas ele passava todos os dias de sua vida lutando contra isso, tentando se livrar desse Outro perseguidor que poderia destruí-lo. Antes quebrava paredes de casa, agredia sua mãe e irmãos e era internado. Durante os quatro anos de tratamento essas tentativas tinham endereçamento a mim enquanto analista. Eram muitos pedidos, gritos, ameaças etc ao longo do dia, praticamente todos os dias, para dizer tudo o que precisava fazer para se livrar desse Outro, ao qual se via preso. Pedia que convocasse a mãe incessantemente, que enviasse documentos ao Fórum, que fizesse com ele pesquisa nos hospitais. Levou todos os exames que havia feito, as prescrições antigas, todos os seus documentos e ainda escrevia muitas coisas ao longo do dia. Os atendimentos nos quais Breno falava de tudo isso que vivia, de todas as tentativas de sair deste lugar de gozo do Outro eram os momentos nos quais ele pôde fazer aparecer sua construção delirante. Para Breno as perseguições e tentativas de destruição que sofria por terem inveja dele, que é o Um, passava por pertencer à família e então sua construção no início do tratamento era de que precisava provar que não era filho de seus pais, que não pertencia a essa família. Afirmava ser filho de uma atriz famosa, dizia não ter o sangue compatível com o dos pais e ter sido trocado na maternidade. Ao longo dos anos de tratamento, Breno foi dando elementos a essas construções. Dizia não reconhecer a paternidade de quem o deixou “sozinho com a mãe” e provava não ser “daquela família” pela análise do fator sanguíneo. A partir disso fez movimentos para trocar o sobrenome que “vinha do pai”, ao qual ele se referia como “nome do pai”. Além de dizer que estava nas ruas para se “livrar dos pais”, foi a um posto do Detran tentar tirar uma nova identidade, para trocar o nome do pai por “*Carter*”. Ao dar continuidade a esse trabalho de sustentar a construção de algo que venha tentar fazer minimamente uma barra ao Outro, Breno diz precisar “retirar o nome do pai” que está “OUT, FORA” e escreve LUCKY. Para Breno o “nome do pai” deflagra a ausência do Nome-do-Pai, já que o sobrenome é o que em sua construção faz com que sua mãe possa fazer as coisas em seu nome, coisas que o ameaçam de “aniquilamento”. O manejo da transferência possibilitou que ele criasse tentativas de barrar esse gozo desmedido do Outro, ao tentar mudar o nome do pai para tentar barrar a mãe. Logo depois de criar o nome *Carter* já escreve abrindo mão do processo no Fórum, dando notícias de ter construído outra forma de tentar barrar o Outro. *Carter* e *Lucky* foram os significantes criados para “substituir o nome do pai” marcado pela ausência do significante Nome-do-Pai, ou seja, na tentativa de fazer suplência à metáfora paterna.

Em relação à suplência à metáfora paterna, Soler (2007) observa que evocar no texto lacanianos que a falta do Nome-do-Pai pode ser compensada, ou seja, encontrar um substituto

que tenha função análoga, implica em uma relativização deste conceito. A autora afirma que isso foi o que abriu caminho para o que Lacan desenvolveu muito depois – a colocação dos Nomes-do-Pai no plural, pressupondo uma distinção entre a função e o termo que sustenta a função. Soler (2007) avalia o caráter parcial da primeira tese lacaniana sobre a forclusão, considerando que ela foi apenas a porta de entrada na questão e o último ensino de Lacan com o uso do nó borromeano permitiu desenvolver uma nova clínica. A legitimidade deste ponto o torna indispensável para a continuidade da discussão no que diz respeito ao trabalho do sujeito psicótico em tratamento. Contudo é nele que esbarra como limite esta dissertação, que não avança nesta discussão mas segue como trabalho de pesquisa.

## CONCLUSÃO

Este trabalho de dissertação se configurou a partir da tentativa de transmitir o que estava em jogo no tratamento em diversos casos de psicose no dispositivo público de saúde mental. Parte-se da aposta que há transferência na psicose e pretende-se problematizar de que forma esta é estabelecida por sujeitos psicóticos e que lugares pode o analista ocupar a fim de possibilitar o tratamento. Os casos escolhidos para esta articulação da clínica com a teoria ressaltaram uma especificidade em relação ao estabelecimento da transferência. A partir da aposta diagnóstica na paranóia, foi possível recortar a pesquisa no que diz respeito ao mecanismo próprio deste tipo de psicose. O percurso da criação freudiana e a retomada lacaniana do conceito de transferência possibilitaram uma diferenciação necessária. A transferência criada e conceituada por Freud concomitantemente à criação da própria psicanálise se restringiu até o fim de sua obra à neurose. Contudo a retomada lacaniana com seus acréscimos no que diz respeito ao Sujeito suposto Saber a partir de sua conceitualização do objeto *a*, permitiu uma aposta de que a análise dos sujeitos psicóticos fosse de outra ordem. O interesse pelo mecanismo da paranóia sustentou a pesquisa psicanalítica a partir da clínica, em consonância com a convocação lacaniana a partir de seu famoso preceito de que não devemos recuar diante da psicose. Se isto consiste em resolver os problemas que esta formula à psicanálise para extrair as conseqüências do obstáculo que ela opõe a seu tratamento por meio da transferência, como sustenta Soler (2007), é a isso que este trabalho se propõe. Para além da especificidade de cada caso e das articulações possíveis a partir deles, o que os dois parecem ter em comum diz respeito à transferência maciça que tornou possível sustentar o tratamento analítico em contextos de tamanha complexidade. O estudo da paranóia, principalmente no que diz respeito ao mecanismo da *Verhaltung*, levantou questões a partir da análise desses casos pela via da questão transferencial. Assim, a conclusão desta dissertação propõe o início do desenvolvimento de hipóteses no que diz respeito à especificidade da paranóia e esse traço comum dos casos.

Se o tratamento se dá pela via do discurso e foi possível chegar ao discurso do analista como forma de tratar o fora-do-discurso da psicose, isso não se dá sem dificuldades. A peculiaridade aparece na medida em que o analista ocupa o lugar de *a* para um sujeito que está na posição de objeto frente ao Outro sem barras. Quinet (2011) afirmou considerar utópico que o significante pudesse advir a partir da postura do analista de dizer não ao gozo do Outro mas afirma não ser isto uma impossibilidade de tratamento. Em relação a esta

prática analítica o autor orienta a manobra da transferência e a precaução na utilização da técnica analítica.

Para pensar a especificidade da paranóia, se faz necessário uma comparação com a esquizofrenia no que diz respeito ao gozo. O despedaçamento do Outro na esquizofrenia faz o gozo retornar ao próprio corpo do sujeito, enquanto na paranóia o gozo está do lado do Outro, do qual fica objeto. As duas formas de psicose têm em comum a ausência de barra ao gozo do Outro e Quinet (2011) afirma que é justamente isso que permitirá a passagem de uma para outra. Com isso, ainda que as diferenças sejam bem estruturadas, a esquizofrenia pode evoluir em um processo de paranoização, que para este autor implica a produção de uma suplência da metáfora paterna. Quinet (2011) ressalta que tanto na paranóia pura quanto na paranoização, é possível perceber a fixação de um significante-mestre que represente o sujeito. O autor evoca a questão da transferência em particular na esquizofrenia no sentido desta implicar a paranoização, já que o lugar dado ao analista é do Outro da paranóia (perseguidor, objeto de erotomania ou alguém que trai o sujeito). Pensar a paranoização como um processo necessário no que diz respeito ao surgimento da transferência nos casos de esquizofrenia, indica um caminho que parece atribuir ao mecanismo da paranóia a função de facilitador da transferência. Se neste processo o que está em jogo é a fixação de um significante mestre que represente o sujeito, o mecanismo da *Verhaltung* parece incidir também no que diz respeito ao significante da transferência.

A incidência da forclusão do significante da lei na paranóia é que o significante do trauma fica submetido à *Verhaltung* e o sujeito identificado com o Um ao qual todos os significantes estão referidos. Na análise, esse Um ao qual o paranóico se vê fixado, “se situa do lado do analista por meio do traço significante qualquer da transferência, que o coloca no lugar de ideal do eu (I(A)) correlativo ao sujeito-suposto-saber.” (QUINET, 2006, p. 92-93). No algoritmo da transferência como matema da entrada em análise é possível localizar a separação da pessoa do analista da função do sujeito-suposto-saber. A partir da equivalência entre o sujeito-suposto-saber na neurose e o sujeito suposto gozar da paranóia, é possível pensá-la também no que diz respeito ao algoritmo da transferência? Assim se daria, na paranóia, a disjunção da pessoa do analista e do sujeito suposto gozar. Escutar que o sujeito dá ao analista o lugar de um Outro que pode gozar dele como objeto, implica em não ocupar este lugar ao esvaziar esse Outro de gozo ( $A \rightarrow \bar{A}$ ). Não ocupar o lugar do Outro sem barras seria a equivalência da não identificação do analista com o lugar de saber suposto pelo sujeito neurótico. Assim como esvaziar o Outro de gozo diz respeito ao manejo da transferência na paranóia. No caso Breno o significante da transferência (L.) se dirige a um significante



qualquer (Ihe dar ouvidos) que vem representar o analista. No caso João Paulo o significante da transferência (Anamariamasculina) se dirige a um significante qualquer (dente) que vem representar a analista. Em ambos, há uma significação como verdade (construção delirante) a partir da relação com o significante do gozo ao qual se vê retido.

O discurso do analista desvela que o S1 é pelo traço, sendo o único discurso em que S1 não pode ser encarnado: a pura materialidade significante é a característica de produção do sujeito em uma análise. O discurso do analista desvela a impostura daquele que se pretende igual ao Um da exceção pois o um não passa de um traço.

Se o paranóico está fixado no Um e o Um na análise está relacionado ao significante da transferência enquanto traço, isso se torna a base da hipótese proposta por esta dissertação de que o sujeito se fixa ao significante da transferência e com isso liga a *Verhaltung* à transferência na paranóia.

A dificuldade no tratamento de um sujeito psicótico pelo discurso do analista é representada pela questão do analista rivalizar em certa medida com o sujeito por estar no lugar de objeto *a* para o sujeito que se vê na posição de objeto de gozo do Outro. Ao analista cabe, ao oferecer-se como objeto na transferência, poder escutar que lugar é dado ao Outro pelo sujeito a partir da relação transferencial. Na psicose o lugar dado ao Outro é de um Outro sem barras, como consequência da forclusão do Nome-do-Pai. Ao se deparar com este endereçamento, o manejo da transferência na psicose inclui poder esvaziar esse Outro de gozo e ao mesmo tempo manter o laço que se constitui a partir desta atribuição a ele. A clínica demonstra que, nos casos de paranóia, o estabelecimento da transferência se dá de forma maciça e possibilita o tratamento a partir deste manejo. Os casos de Breno e João Paulo dão notícias de como parecem fixar-se no significante da transferência (“L”. e “Anamariamasculina”) e como esta fixação parece fazer função de facilitadora da transferência. No caso Breno, o significante da transferência (L.) endereçado a partir de ter Ihe “dado ouvidos”, possibilitou que ele “contasse sua versão” e assim trabalhasse o que estava em jogo na relação com o Outro que “falava em seu nome”. A transferência possibilitou a continuidade ao tratamento fora da internação e assim, a construção de significantes (Carter, Lucky) que puderam vir fazer suplência à metáfora paterna e possibilitaram que suportasse minimamente a presença da mãe. A partir disso pôde “sair da rua” ao construir outras formas de se “livrar dos pais”, conseguindo aceitar a ajuda da mãe e ir morar sozinho em uma casa. Isto não quer dizer que houve cura e sim que iniciou-se um período de estabilização, termo que não é psicanalítico e que pode ter um sentido, segundo Soler (2007) através dos termos lacanianos de metáfora e suplência. E no caso João Paulo, o significante da transferência

(Anamariamasculina) dirigido a um significante qualquer (dente) possibilitou que ele sustentasse um tratamento após mais de 20 anos submetido à institucionalização em um manicômio que tinha como direção de trabalho a exclusão do sujeito.

Estes elementos levantados a partir dos casos de paranóia apontam para um tratamento possível a partir de uma relação com o *significante da transferência* que ressalta uma *fixação*. Isto tem como consequência a aposta de que há uma relação entre a retenção (*Verhaltung*) e o significante da transferência a partir da constituição da mesma na paranóia. O *significante do trauma* que é recalcado na neurose e pulverizado na esquizofrenia, permanece congelado na paranóia. Assim, o mecanismo da paranóia (*Verhaltung*) e a constituição da transferência nos casos tornam possível relacionar o significante do trauma com o significante da transferência. Ainda que a transferência não seja condicionada pelo analista, parece ser a partir da oferta de uma escuta que o analista pode sustentar seu lugar de *a*. E nos dois casos, foi a partir disso que surgiram os significantes que marcaram a constituição da transferência. No caso Breno foi “escutar a versão dele” e conseqüentemente seu lugar de “melhor em tudo que faz” causando a “inveja” que o queria destruir. No caso João Paulo foi não responder no lugar de “mãe” e assim ajudá-lo a resgatar sua história e assim poder escutar sobre seu lugar de “Deus” que precisava resgatar as coisas perdidas a partir de imperativos difíceis de manejar. O fato do significante da transferência nos dois casos (L. e Anamariamasculina) se sustentarem maciçamente a partir de uma fixação leva a hipótese de que em função da *Verhaltung*, a transferência na paranóia estabelece-se com mais facilidade do que na esquizofrenia. Os dois casos demonstram também que a partir da fixação no significante da transferência, esta se torna menos frágil, possibilitando o manejo da transferência e com isso, a continuidade do tratamento. A partir deste desenvolvimento da análise dos casos e do estudo sobre o mecanismo da retenção, essa pesquisa visa introduzir a hipótese da *Verhaltung* como um facilitador da transferência na paranóia.

## REFERÊNCIAS

- ALBERTI, S. Psicanálise e Discurso- a clínica no campo social. In: GUERRA, Andrea Máris Campos; MOREIRA, Jaqueline de Oliveira[org.]. *A psicanálise nas instituições públicas: saúde mental, assistência e defesa social*. 1. ed. Curitiba: Editora CRV, 2010.
- AMARANTE, P. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora, 2007
- BRASIL. *Lei no 10.216, de 6 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília [DF], Presidência da república, Casa Civil, Subchefia para assuntos jurídicos, 2001.
- BRASIL. *Portaria no336/GM, de 19 de fevereiro de 2002*. Estabelece o CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPSad II. Brasília [DF], Ministério da Saúde: 2002.
- FREUD, S. [1900-1901]. A Interpretação dos Sonhos. In: \_\_\_\_\_. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas de S. Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. IV-V.
- \_\_\_\_\_. [1914] *Sobre o narcisismo: uma introdução*. 3. ed. In: \_\_\_\_\_. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas de S. Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 14 .p. 85-119.
- \_\_\_\_\_. [1924]. Neurose e Psicose. In: \_\_\_\_\_. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas de S. Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XIX.
- \_\_\_\_\_. [1924]. A perda da realidade na neurose e psicose. In: \_\_\_\_\_. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas de S. Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XIX.
- \_\_\_\_\_. [1917]. Conferência XXVII: Transferência. In: \_\_\_\_\_. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas de S. Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XVI.
- \_\_\_\_\_. [1914]. *Observações sobre o amor transferencial - Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise III* In: \_\_\_\_\_. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas de S. Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XII.
- \_\_\_\_\_. [1913]. Recordar, repetir e elaborar - Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise II. In: \_\_\_\_\_. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas de S. Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. IV-V.XII.
- \_\_\_\_\_. [1911]. Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia. In: \_\_\_\_\_. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas de S. Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XII.
- \_\_\_\_\_. [1896b] “*Novos comentários sobre as Neuropsicoses de defesa*”. In: \_\_\_\_\_. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas de S. Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. III.
- \_\_\_\_\_. Carta 125. [1899]. In: \_\_\_\_\_. *Edição Standard Brasileira das Obras*

*Psicológicas de S. Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1987. v. I.

\_\_\_\_\_. [1920] Além do Princípio de Prazer. In: \_\_\_\_\_. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas de S. Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 2006. v. II.

\_\_\_\_\_. [1905] Fragmentos da análise de um caso de histeria. In: \_\_\_\_\_. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas de S. Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 2006. v. VII.

\_\_\_\_\_. A dinâmica da transferência. In: \_\_\_\_\_. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas de S. Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XII.

\_\_\_\_\_. [1912] *Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise*. In: \_\_\_\_\_. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas de S. Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XII.

\_\_\_\_\_. [1895] *Rascunho K*. In: \_\_\_\_\_. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas de S. Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. II.

\_\_\_\_\_. [1896] *Rascunho H*. In: \_\_\_\_\_. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas de S. Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. II.

\_\_\_\_\_. [1896] *Psiconeuroses de defesa*. In: \_\_\_\_\_. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas de S. Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. II.

\_\_\_\_\_. [1896] Observações adicionais sobre Psiconeuroses de Defesa. In: \_\_\_\_\_. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas de S. Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. II.

\_\_\_\_\_. [1911] Notas Psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia. In: \_\_\_\_\_. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas de S. Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XII.

\_\_\_\_\_. [1915b] Um caso de paranóia que contraria a teoria psicanalítica da doença. In: \_\_\_\_\_. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas de S. Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XII.

\_\_\_\_\_. [1913] *A disposição à neurose obsessiva*. In: \_\_\_\_\_. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas de S. Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. VII.

HANNA, Maria Silvia G. F. *A transferência na psicose: uma questão*. Tese [Doutorado em Teoria Psicanalítica] – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

LACAN, J. [1932] *Da psicose paranóica em suas relações com a personalidade*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1987.

LACAN, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

\_\_\_\_\_. [1967] Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista as Escola. In: \_\_\_\_\_. *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

LACAN, Jacques [1955-56] *O Seminário*, livro 3: As Psicoses. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

\_\_\_\_\_. [1960-61]. *O Seminário*, livro 8: a transferência. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

\_\_\_\_\_. [1964]. *O Seminário*, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

\_\_\_\_\_. *O Seminário*, livro 20: *Mais, ainda* [1972-73]. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

\_\_\_\_\_. [1959-60] *O Seminário Livro 7: A ética da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991.

\_\_\_\_\_. [1962-1963] *O Seminário*, livro 10. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2005

\_\_\_\_\_. *Petit discours aux psychiatres, Conférence sur la psychanalyse et la formation du psychiatre*, à l'Hôpital Sainte-Anne, le 10 novembre 1967.

\_\_\_\_\_. De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose [1957-1958]. In: \_\_\_\_\_. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

\_\_\_\_\_. [1965-66]. A ciência e a verdade. In: \_\_\_\_\_. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

MILLER, Jacques-Alain. *Percurso de Lacan: uma introdução*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.

QUINET, A. *Teoria e Clínica da Psicose*. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

\_\_\_\_\_. *As 4+1 condições de análise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

\_\_\_\_\_. *Psicose e laço social*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.

\_\_\_\_\_. *Na mira do Outro: a paranóia e seus fenômenos*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2015.

RINALDI, D. Reinserção social e clínica: impasses no campo da reforma psiquiátrica. In: A. M. C.; MOREIR, J.O. [orgs] *A Psicanálise nas Instituições públicas: saúde mental, assistência e defesa social*, Curitiba: Ed. CRV, 2010.

SADALA, G.; MARTINHO, M. H. A estrutura em psicanálise: uma enunciação desde Freud. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica* vol 14 n 2, 2011.

SCHREBER, Daniel Paul. [1903] *Memórias de um Doente dos Nervos*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

SOLER, Colete. *O inconsciente a céu aberto da psicose*. Rio de Janeiro: Zahar, 2007.