

# Sobre “Psicoses” e “Conhecimento”\*

*José Luiz F. Petrucci\*\*,\*\**

Afirmo não saber o que são “psicoses”. (Caso dissesse o contrário, possivelmente terminaria em algumas frases minha possibilidade de ter estímulos para continuar a desenvolver o assunto com os senhores.) Também não saberia distinguir uma psicose de todas as assim chamadas “patologias mentais”, nem mesmo de nossos funcionamentos ditos “normais”. Poderia, claro, solucionar esse primeiro problema reproduzindo algumas idéias e conceitos bastante conhecidos, tirados de bons compêndios da Psiquiatria tradicional. Pretendo hoje, no entanto:

1. falar sobre psicanálise; e
2. ir em busca de um conhecimento que nos permita compreender o que está acontecendo a alguém com uma aparentemente profunda desorganização mental que eventualmente venha até nós – e, evidentemente, oferecer-lhe uma saída.

---

\* Conferência realizada no Núcleo Psicanalítico de Florianópolis em 10 de setembro de 2005.

\*\* Nota do Autor: Uso neste trabalho, para me referir a determinados funcionamentos psíquicos, termos comuns ao referencial teórico que me é mais familiar. Tais termos, no entanto, podem ser perfeitamente superpostos ou substituídos pelos usados em outros referenciais para designar os mesmos funcionamentos, sem prejuízo, penso, da compreensão do texto.

\*\*\* Médico Psiquiatra. Membro Titular e Analista Didata da Sociedade Brasileira de Psicanálise de Porto Alegre.

Para fazer, então, o que pretendo, abstraio-me de qualquer conhecimento relacionado a diagnósticos ou soluções já conhecidas, por obstrutivas. Claro, estarei discorrendo sobre idéias, ou quem sabe até sobre teorias que tentam facilitar a minha compreensão, mas nunca que me encaminhem para um “saber” que me leve a definições. Se assim o fizesse, estaria voltando a falar sobre compêndios, e isso me afastaria irremediavelmente do nosso paciente – aquele paciente que (proponho aqui aos senhores) esteja sendo observado por nós entrando nesta sala porque há pouco, por razões que sequer sabemos, perdeu repentinamente todas as possibilidades de compreender a si próprio e ao mundo de uma forma que convergisse para algo pelo menos próximo das nossas possibilidades de fazê-lo. Quer dizer: o vértice através do qual ele entende a si próprio, a nós e ao mundo nos impacta, por uma extravagância, e até às vezes por uma violência que nos deixa perplexos, incapazes, ao menos nos primeiros momentos, de recorrermos a qualquer conhecimento, daqueles que todos nós já temos, para entender o que se passa diante de nós. Repentinamente, vemos subvertida a ordem de nossos pensamentos. Somos, de fato, invadidos por algo possivelmente muito semelhante ao que aconteceu com o próprio paciente. O esfacelamento das associações, nele e em nós, diante dele é de tal ordem que se torna impossível formar-se uma “conjunção constante” que nos permita concordar a seu respeito. A não ser, é claro, que recorramos aos conhecimentos tradicionais – mas isso jamais significará *entendimento*.

Chamo-o até aqui de “paciente”, como o fiz logo acima, mas penso de alguma forma melhor identificá-lo. Proponho, pois, que o chamemos de A. Pronto, não é mais um paciente apenas, é um indivíduo: A. Claro que, neste momento, pelo menos a maioria de nós já deu a ele uma forma física: magro, gordo, bem vestido, andrajoso, homem, mulher, não importa. Importa, no entanto, que cada um de nós, por diferentes e desconhecidas razões, imaginou algum tipo de identidade para ele. Pois bem, é importante partirmos do pressuposto que também em relação às “funções mentais” de A cada um de nós, por razões também desconhecidas até aqui, fez uma idéia própria, mesmo que seja um “diagnóstico”. Então, é sobre isso que preten-

do falar: a razão de A produzir em nós não uma reação uniforme, como se estivéssemos lendo o mesmo compêndio de Psiquiatria Clássica, ou mesmo de psicanálise, mas uma resposta correspondente àquilo que fomos espontaneamente levados a pensar, cada um de nós, de forma íntima, pessoal; conseqüentemente, o modo como cada um de nós, especificamente, irá organizar a psicanálise de A. Como podemos logo perceber, essa organização não dependerá de uma escolha nossa, mas será determinada pelo que A é capaz, a cada momento, de estimular em nós – especificamente, reforço, *em cada um de nós*. Se não estimulou conhecimento, certamente desencadeou experiências emocionais poderosas: curiosidade, medo, estupefação, ansiedade, compaixão...

Fazer-se psicanálise é um ato criativo por excelência, mais ainda o será no caso de A, já que nos produziu um impacto de tal ordem que já nos impõe desde o primeiro momento um rearranjo de nosso pensamento. Coisas como nossas conhecidas regras de *setting*, de contrato psicanalítico, que tanto nos ajudam em outros casos, são totalmente desfeitas, não porque assim escolhemos, mas porque o inusitado da situação com A o impõe.

A organização psicótica tem uma finalidade primeira, a de eliminar qualquer vestígio de “conhecimento”, e isso define a qualidade de seu contato conosco: agir de todas as formas possíveis para impedir associações de nossas idéias com as dele e, mais ainda, agir de forma a provocar dissociações dentro de nós, que pretendemos dar a ele o conhecimento da psicanálise. Aqui já nos é possível pensar numa das poucas teorias da psicanálise que nos pode ajudar: aquela que nos diz que a organização psicótica pretende eliminar qualquer possibilidade de estabelecer um vínculo entre as posições esquizo-paranóide e depressiva. A tentativa é manter o *status* que lhe concede a posição esquizo-paranóide: negação do objeto externo, onipotência, uso indiscriminado da identificação projetiva no sentido de eliminar dor (refiro-me, é claro, à dor do conhecimento, que penso ser a dor de veras sofrida, e não à dor do sintoma, esta apenas a dor sentida).

Imaginei nosso paciente A como se ele fosse composto de alguns fragmentos de análise de alguns pacientes ditos “graves” com quem tive expe-

riência em minha clínica. Assim, para demonstrar algo do que disse acima, descrevo os acontecimentos de certo dia em que A entrou em meu consultório chorando ruidosamente ao mesmo tempo em que gritava “você tirou meu Salvador Dali”. Logo imaginei que estava diante de um delírio, ou algo assim, já que não tinha no meu consultório qualquer peça que pudesse lembrar o mestre espanhol. Mas A logo me foi esclarecendo a que se referia: eu tinha, na parede em frente ao sofá da sala de espera, uma talha de madeira que representava um velho com longas barbas e que, no dia anterior, havia caído, por se ter partido o prego que a fixava à parede. Eu o guardei para recolocá-lo no lugar na primeira oportunidade. E segue A, gritando e chorando: “você tirou meu salvador da parede! Aquele Jesus Cristo era tudo o que eu tinha para me salvar!”. Devo sublinhar o fato de que A nunca me havia falado disso. Na verdade, nunca me havia informado que via naquela figura de um velho barbudo a imagem do Cristo. Posso fazer muitas hipóteses sobre o significado daquela talha de minha sala de espera para A: superego?, uma figura de pai idealizado?, ou mesmo uma figura representante de “um analista apenas cuidados”, dessexualizado? Todas, e mais uma infinidade delas, seriam hipóteses prováveis. Não creio, no entanto, que estaria, ao buscar interpretações desse teor, fazendo algo que levasse a um conhecimento. Seria como se lhe contasse um mito sobre sua vida, sem qualquer relação com a experiência da sessão. Na verdade, sigo o caminho que me é dado pela produção de uma idéia enganosa dentro de mim, quando imaginei que A estava me falando de algo do mestre espanhol. Criou-me uma situação delirante: ter uma obra de Salvador Dali em minha sala de espera. Deixando-me levar por esse engano, percebi que ele me estava dissociando dos acontecimentos presentes. Assim, me foi possível compreender que ele dissociava de mim minha parte “salvadora”, colocando-a como algo de que só ele participava, na parede de minha sala de espera. Cá dentro da sala ficava eu com o que era “mau” de nossa relação: o vínculo do conhecimento ou, se quisermos, da posição depressiva. Ele não me reconhecia como objeto. Cheguei até essa idéia porque tal ocorrência me trouxe associações. Uma delas, uma ocorrência que já se havia re-

petido algumas vezes, sem que eu tivesse entendido seu significado: ele entrava no meu consultório carregando um copo de água mineral e o derrubava inteiro sobre a cabeça de uma escultura que representava o rei do jogo de xadrez. Também “lembrei” que, nas sessões em que isso ocorria, A sempre trazia material relacionado à alternância entre passar uns tempos morando com o pai e com a mãe, separados há muitos anos. Trocava de residência sempre que entrava em conflito com um dos pais, quando pensava que morando com o outro tudo “se resolveria”. A sabia, e isso na maioria das vezes contrariava seus desejos, que tanto o pai como a mãe apoiavam seu tratamento. Como representante desse vínculo que procurava desfazer, ele precisava “esfriar minha cabeça”, atacar esse conhecimento de pais unidos que eu poderia representar.

Paradoxos é tudo o que a psicose nos oferece. O desconhecido é seu campo. Mas, vejam bem: em geral, os psicanalistas que ousaram procurar uma relação com essa fonte de não-saber, que se aventuraram por este obscuro Tartarus<sup>1</sup>, acabaram por se tornar criadores das mais esclarecedoras idéias sobre psicanálise – desde Melanie Klein, que procurou entender as manifestações do psiquismo onde a palavra não existe, passando por Herbert Rosenfeld, Francis Tustin, Thomas Ogden, Wilfred Bion, que foram buscar psicanálise onde a palavra não esclarece, confunde. O que me foi possível entender de A nas vinhetas descritas foi basicamente estimulado em mim por *ações* (ou *acting-outs*, se quisermos), não por comunicações verbais.

Entendo que os elementos do episódio foram produzidos de uma forma a não permitir pensamento verbal. Penso nisso como uma característica do funcionamento daquilo que reconhecemos como a parte psicótica da personalidade: na impossibilidade do uso da repressão, esta foi substituída pela identificação projetiva. Falo sobre esse fenômeno agora. Chamo-o de “fenômeno” para afastar-me da idéia de um “mecanismo de defesa” – conceito muito reducionista para abranger a identificação projetiva. Como, em minha opinião, quem melhor estudou o conceito foi Thomas Ogden,

<sup>1</sup> O mundo subterrâneo, da obscuridade, na mitologia grega.

reproduzo aqui algo do que nos diz em “*Projective Identification and Psychotherapeutic Technique*” (Jason Aronson, Northvale, 1982).

Para Ogden, a identificação projetiva não é um conceito metapsicológico. É um fenômeno que existe no reino dos pensamentos, sentimentos e da conduta. Em sua maneira de examinar o fenômeno, ele não o vê, como classicamente é feito, como fantasias projetivas que evocam sentimentos congruentes de uma outra pessoa. Para ele, a identificação projetiva nos remete à maneira como experiências emocionais correspondentes a fantasias inconscientes de uma pessoa (o *projetor*) são experimentadas e processadas por uma outra pessoa (o *recipiente*). Entende o autor que não se trata de estimular em nós conteúdos já existentes em nós, mesmo que de forma inconsciente, mas de produzir algo estranho a nós. Diz ainda que a falta de um vocabulário com o qual pensar sobre essa classe de fenômeno interfere seriamente na capacidade do terapeuta de entender, manejar e interpretar a transferência. Ao concordar com esse conceito de Ogden, justifico o que de início afirmei: o não saber o que é uma psicose. Só o saberei, ao menos daquilo que me é importante conhecer de nosso paciente A, e *dar a ele conhecimento*, se me referir a tudo o que ele me solicita experimentar e processar por ele, ou para ele. Em cada momento de minha experiência com ele percebo a necessidade de aprender algo novo que A me deseja “ensinar” sobre “psicose” – a sua psicose, que é só dele, de nenhum outro, mesmo que “psicótico”, como costumamos chamar esses pacientes que causam tal ordem de tumulto no *establishment* de nosso pensamento racional.

Tomo agora um episódio de uma paciente, B. Nesse episódio, não me foi possível formular qualquer tipo de interpretação: estava ela no divã, falando normalmente, quando comecei a sentir uma fortíssima cólica intestinal, tão forte que precisei desculpar-me e interromper a sessão. Minutos depois de a paciente ter saído, minha cólica desapareceu, sem qualquer consequência posterior. O relato desse episódio me pareceu importante para falar sobre a necessidade de o analista tolerar a frustração do desconhecimento. Pelo inusitado da situação, pude apenas imaginar que a pa-

ciente estava estabelecendo a dor em mim, que era uma ocorrência de identificação projetiva primitiva (em outro momento esclareço isso), mas contive qualquer ímpeto de dizer alguma coisa baseada nas teorias psicanalíticas. Essa paciente, de qualquer forma, teve inúmeras ocorrências dolorosas invasivas. A mãe, que descrevia como pessoa com pouquíssimo sentido de responsabilidade, abandonou por várias vezes a família, dizendo para o marido que se havia apaixonado por uma outra pessoa; tempos depois, voltava à convivência familiar, com plena aceitação dele. Certa vez, estava a paciente sentada no topo da escada da casa em que morava quando ouviu gritos de uma forte discussão, vindos do quarto dos pais. Passaram-se alguns minutos e ouviu um estampido, e logo viu o pai trazendo a mãe nos braços, sangrando por um ferimento no ouvido. Havia se suicidado.

Esse episódio me é útil em função do que ocorreu no dia seguinte ao da sessão da cólica: entrou em meu consultório visivelmente assustada, manifestando temor pelo que havia acontecido comigo no dia anterior. Nesse dia, logo se encaminhou para uma cadeira, diante de mim, onde sentou. Suas palavras, das quais não lembro com exatidão, traduziam a idéia de que me havia feito mal. Mostrei-lhe apenas que sua percepção era correta, no sentido de assegurar-se de que era capaz de me fazer sentir suas dores. Olhou-me por alguns minutos e então se deitou no divã. Disse a ela que estava agora tranqüila por me examinar e ver que eu estava bem. Ela concordou: “Puxa, o Sr. me deu um susto, ontem!”. Havia percebido minha capacidade de conter sua mais primitiva forma de comunicação: eu estava bem, nada de grave me havia acontecido, infirmando sua fantasia.

Passo então, com base nessa vinheta, a discutir os caminhos possíveis da identificação projetiva. Como disse, em sendo ela a mais primitiva forma de comunicação, é por excelência a forma de comunicação daquilo que Bion chamou de “parte psicótica da personalidade”. As primeiras manifestações do psíquico são representações praticamente sem modificações das descargas instintivas<sup>2</sup>. Nesse estágio, as manifestações não encontram con-

<sup>2</sup> Prefiro usar o termo “instinto”, e não “pulsão”, como sempre fiz, tendo agora o respaldo do que pensa o mais novo tradutor da obra de Freud para o português, feita diretamente do alemão.



dições de serem retidas pelo aparelho psíquico; precisam imediatamente ser eliminadas, “projetadas”, ou, mais corretamente dizendo, identificadas projetivamente. Há a necessidade de que se forme um aparelho que as contenha. Nesse estágio, esse aparelho é procurado não no sujeito, mas no objeto: a identificação projetiva visa não só eliminar o que não é tolerado, mas também procurar um continente. Encontrará esse continente que deve tolerar dor (pela identificação projetiva do paciente), ou não. Se encontrar, identificar-se-á com esse continente, introjetando-o e, com ele, tolerando a dor: a relação continente-contido passa a se exercer endopsiquicamente, e o aparelho psíquico evoluirá para a aquisição do pensamento, segundo nos descrevem Segal e Bion. Havendo tolerância à frustração, a consequência será a substituição da identificação projetiva (intolerância à dor, evacuação) pela repressão (tolerância à dor, contenção, pensamento).

Se o sujeito não encontrar o continente, outra ordem de coisa acontecerá: um continente possessivo, que não tolera a dor e a toma para si, e um contido voraz, que apenas expressa desejo, recorrendo indefinidamente à identificação projetiva. Por ausência de contenção, não se delinham os limites do aparelho psíquico que, ao contrário, se expande até os limites do infinito, formando o vazio psíquico (que é ao mesmo tempo uma possessão do universo todo: “eu sou tudo, tudo sou eu”) e, como consequência, a angústia psicótica, o sentimento de não-existência.

O uso da teoria pelo analista, nesses momentos, pode dar uma falsa impressão de contenção. Falsa porque se liga a memória e desejo, o que afasta o analista do “não-saber” para chegar ao conhecimento daquele paciente que está ali, na sessão, e ao conhecimento de que ele de fato necessita.

Teoria psicanalítica é conhecimento (teórico) quando se *fala* em psicanálise, mas não quando se *faz* psicanálise. Fazendo psicanálise, o único conhecimento útil é aquele que corresponde a um momento de convergência entre intuição, experiência emocional, produzindo uma conjunção constante da qual virão fazer parte outras informações esparsas no tempo de análise e que se associam naquele momento vinculadas entre si pela



experiência emocional. Memória, porque refugia-se no passado, e desejo, porque corre para o futuro, são defesas contra a experiência emocional.

Dizíamos acima que identificação projetiva é a forma preferencial de comunicação dos funcionamentos psicóticos. Assim, palavras pronunciadas não terão o significado atribuído a pensamento, mas se constituem numa ação (*acting-out*). Por isso, de nada importa a incoerência que em geral manifestam. Importa, sim, a experiência emocional que pretendem estimular. Nossa natural propensão a usar memória e desejo, e de não tolerar a frustração do não-entender, nos afasta do conteúdo emocional. Nossa atenção (*flutuante*, para Freud) deve estar dirigida para um saber que só se encontra no infinito, e que é, portanto, o incognoscível: essa é a forma de usarmos intuição.

A interpretação não está fundada no saber racional; ela deve ser *transformada* num saber racional para ser formulada. Para exemplificar esse processo, Bion usa elementos da geometria: se imaginarmos um ponto sendo cruzado por linhas, podemos “intuir” que infinitas linhas cruzem esse ponto. No entanto, para colocar isso num papel, precisamos restringir nossa imaginação porque apenas um número limitado de linhas caberá ali. A intuição, podemos dizer, permite que acompanhemos o paciente em seu mundo sem limites. Como continentes, no entanto, toleramos a frustração de nos restringirmos ao racional para formular a interpretação em linguagem corrente.

Mas de que tipo de intuição estaremos falando? Não, certamente, daquela que mais comumente conhecemos, ligada a aspectos mágicos, onipotentes. Falamos de uma intuição dita “instrumentada”, aquela conseqüente da atenção flutuante, ou da postura *sem-memória-e-sem-desejo* que produz um contato entre incognoscíveis, quer dizer, entre inconscientes (Freud).

Quanto ao que chamamos de racional, este será distinto da teoria psicanalítica contida na memória. Será o que Bion chama de “memória tipo sonho”. É algo que é estimulado pela experiência emocional. Assim: João “conhece” Pedro: sabe que Pedro é reconhecível porque tem cabelos de tal

cor, olhos de tal outra, forma um conjunto físico “reconhecível” tanto por João como por Maria; ambos “sabem” que se trata de Pedro. No entanto, João odeia Pedro, Maria ama Pedro. Quer dizer, João e Maria “experimentam” Pedro: este é o conhecimento que a psicanálise busca.

Conhecimento é dependência de posição depressiva, portanto depende de tolerância à dor de perder. Os elementos emocionais que definem “posição depressiva”, que acompanha o desenvolvimento psíquico desde o seu início e é, portanto, concomitante e forma par dialético com posição esquizo-paranóide, não são compatíveis com o sujeito que não tolera frustração, que não formou, por conseguinte, uma relação endopsíquica continente-contido. Assim, conhecimento não é tolerado. Ataques feitos ao analista, logo ao vínculo do conhecimento, são a manifestação corrente dos ditos pacientes “psicóticos”.

Concluindo, revejo essas páginas e percebo que não me ative a falar de psicóticos. Prefiro analisar alguns funcionamentos de uma parte psicótica da personalidade. Atingi, assim, meu propósito: analisar as partes psicóticas de qualquer personalidade é, a meu ver, procedimento indispensável a **qualquer** análise.

Deixo aqui apenas algumas idéias para estimular uma discussão, essa sim, espero, profícua e criativa.

Conferência

Copyright © *Psicanálise* – Revista da SBPdePA

**José Luiz Freda Petrucci**  
Rua 24 de outubro, 838/ 409  
90510-000 Porto Alegre – RS – Brasil  
Telefone: (51) 3346-4472  
E-mail: jopetrucci@terra.com.br