

PARTE I

[1] Apresentação

No início da década de 1990, lancei-me na aventura de sistematizar as concepções psicanalíticas sobre a forma psicótica de adoecer. Fui estimulado principalmente pela constatação de que, em cada nova turma, os alunos levantavam sempre as mesmas questões, que também eram minhas. Eram apontadas sempre as mesmas inconsistências teóricas e clínicas, além da falta de sistematização dos achados psicanalíticos sobre o fenômeno psicótico. Um aluno conseguiu sintetizar muito bem a inadequação da terapia psicanalítica para esses pacientes: meio perplexo, meio desesperançado e bastante provocador, ele dizia que para os psicóticos tudo é significativo, mas nada tem significado, isto é, nenhum significado fica estabelecido. Perfeito, não é?

A formação já havia me mostrado que a teoria psicanalítica usa algumas concepções antropológicas e sociológicas ultrapassadas, apresenta alguns equívocos científicos e não se interessa pelos fenômenos de síntese mental, como consciência, cognição, eu e estar no mundo, fundamentais para se entender o desenvolvimento humano e o adoecimento. O desenvolvimento humano é caracterizado por uma sucessão de crises evolutivas e, eventualmente, algumas acidentais. O adoecimento, notadamente o mental e o psicossomático, sempre se dá no bojo de uma dessas crises, geralmente no fracasso diante de algum dos desafios que a vida apresentou para a pessoa.

A primeira etapa dessa aventura foi dedicada à revisão de cada uma das concepções psicanalíticas do fenômeno psicótico: regressão narcísica, aniquilamento do ego por sobrecarga pulsional, erótica ou agressiva, aniquilamento do ego por sobreposição do su-

perego e falta de um significante primordial. A desorganização do ego foi apresentada como o fenômeno psicodinâmico fundamental das psicoses.

Na busca da resposta para o aluno, realizei que nas doenças mentais, notadamente nas psicoses, o que está alterado é a transformação dos fatos vividos (sejam impulsos, desejos, situações reais ou situações imaginadas) em experiências existenciais (patrimônio pessoal para se enfrentar os desafios da vida), motivo pelo qual nas psicoses tudo pode ser significativo, mas nada adquire um significado. A partir daí me dediquei ao estudo dessa função egoica, para mim fundamental.

O resultado foi a convicção de que o fenômeno psicótico fundamental é a desorganização do ego. Não é uma regressão, pois isso não existe. A flecha do tempo só tem uma direção, e o que chamamos regressão, de fato, é uma desorganização do ego, que pode se dar em níveis diferentes, de uma simples confusão mental momentânea e transitória à perda de funções (como andar, falar, compreender etc.), na qual a organização anterior àquela que se desorganizou assume o funcionamento mental na medida em que o desenvolvimento humano não se dá por uma sucessão de fases e sim por uma sobreposição de aquisições, desenvolvimentos que se sustentam em conjunto. Não é o aniquilamento do ego porque obviamente a mente continua funcionando mesmo na loucura e também não é pela falta de um significante primordial porque não se deve reduzir o funcionamento mental à capacidade de utilização simbólica, por mais importante que ela seja.

A transformação dos fatos vividos em experiências existenciais, patrimônio pessoal para se enfrentar os desafios da vida, está intimamente relacionada com o desenvolvimento da competência para se apreender a natureza de uma situação, objetiva ou subjetiva, em toda a sua complexidade, psicológica e existencial, e responder adequadamente a ela. Alguns chamam essa capacidade de consciência,

embora isso cause alguma confusão com a capacidade de se estar ciente de uma informação, também chamada de consciência.¹

O desenvolvimento dessa capacidade e competência ainda é estritamente dependente da biografia individual e da plenitude das funções cerebrais. Seu desempenho depende da integração das duas vias cognitivas existentes na espécie humana, a biológica (das emoções) e a cultural (da razão) e é fortemente influenciado por fatores circunstanciais: a epigenética, a qualidade das funções materna e paterna, especificamente quanto ao estabelecimento dos vínculos diádico e edípico, e a qualidade do processo de transmissão dos códigos culturais (Maturana e Varela, 2001; Maturana, 2014; Freud, 1911b).

Tudo isso me convenceu de que a proposta terapêutica inicial de Freud, “que seja ego onde era id” (Freud, 1923), não serve para esses pacientes e formulei algumas mudanças técnicas no tratamento psicanalítico desses pacientes que foram apresentadas no 42º Congresso Internacional de Psicanálise (Tenenbaum, 2001).

Essa primeira etapa do estudo, com as respostas para as questões dos alunos, que encontrei a partir da revisão dos casos de psicose de Freud e do estudo sobre o ego e sua desorganização, sobre o papel das relações objetais no desenvolvimento mental e sobre o papel da consciência na desorganização mental, foi publicada, acrescida com três exemplos clínicos no livro *Investigando psicanaliticamente as psicoses* em homenagem ao curso que o estimulou (Tenenbaum, 1999).

Dez anos depois, já envolvido com as pesquisas sobre os fenômenos psicossomáticos e com o ensino da psicologia médica de-

¹ O termo consciência é usado em medicina, psicologia e psicanálise. Psicologicamente, designa uma função mental, o consciente, o ato de se estar ciente de uma informação, e a instância moral, a consciência moral. Psicanaliticamente, designa a competência, dependente da integração dos processos afetivos e cognitivos, de se apreender a natureza de uma situação, objetiva ou subjetiva, em toda a sua complexidade, psicológica e existencial, e responder adequadamente a ela. Neurologicamente, designa os diferentes graus do estar desperto, que pode variar do estado de lucidez ao de coma profundo.

envolvidos no Centro de Medicina Psicossomática e Psicologia Médica do Hospital Geral da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, fiz uma nova edição, ampliada com os achados da pesquisa sobre o papel das funções materna e paterna no desenvolvimento individual e o papel da patologia dos vínculos básicos no adoecimento, orgânico e mental, e também nos processos terapêuticos, psicológicos e médicos.

Acrescentei a essa segunda edição o estudo sobre a ascendência de Laio, que se caracterizou por apresentar atitudes filicidas em todas as gerações, aspecto do complexo de Édipo negligenciado por Freud. Foi uma ampliação às pesquisas de Rascovsky (1974) e Tractenberg (1977) que empreendi a partir da minha experiência clínica em que a consciência do desejo filicida é um dos elementos desorganizadores do ego mais frequentes (Tenenbaum, 2010). Os primeiros resultados das pesquisas na área da psicologia médica foram publicados no livro *As principais tensões psicológicas presentes na prática assistencial hospitalar* (Tenenbaum, 2017).

Apresento agora a segunda etapa desse estudo: o exame da sobreposição do ego pelo superego, fenômeno psicodinâmico que está na base da opressão interior e das afecções depressivas, psicóticas ou não, e obsessivas.

Cada uma dessas afecções, inclusive as esquizofreniformes estudadas na etapa anterior, corresponde a uma forma de expressão individual da desorganização, temporária ou duradoura, circunscrita ou generalizada, do sistema que operacionaliza a transformação dos fatos vividos, sejam eles impulsos, desejos, situações reais ou imaginadas etc., em experiências existenciais, psicanaliticamente denominado “ego”.

A íntima relação entre sofrimento, adoecimento e consciência, no sentido da competência em se apreender a natureza de uma situação, objetiva ou subjetiva, em toda a sua complexidade, psicológica e existencial, e da capacidade de se transformar os fatos vividos em experiências existenciais, levou-me a considerar a consciência

como um epifenômeno ainda não estabilizado em nossa espécie. Foi por esta razão que vislumbrei a possibilidade de o *Homo sapiens* evoluir para uma superinteligência e nenhuma consciência ética ou moral como a conhecemos hoje, apenas prática (Tenenbaum, 2010), possibilidade também vislumbrada por Harari (2018).

[2] Introdução

A opressão interior é um fenômeno clínico observado com relativa frequência, principalmente em quadros clínicos obsessivos, depressivos e narcísicos, nos quais a psicodinâmica se caracteriza pela sobreposição do ego pelo superego. Em alguns casos, observa-se a existência apenas de rudimentos do ego sendo o funcionamento mental predominantemente superegoico. Nos quadros mais graves, observa-se um funcionamento mental totalmente superegoico, não raramente psicótico.

Basicamente, são dois os tipos de opressão: a social, oriunda de ações políticas, econômicas, religiosas e do convívio social, e aquela que pertence à vida interior, cuja origem será o objeto deste estudo. A liberdade costuma ser imaginada como o antídoto para ambas e parece servir de base para a concepção sociológica e psicanalítica de que o processo civilizatório corresponde à troca da liberdade individual pela segurança social, o que torna a sensação, o sentimento e a experiência de opressão frutos diretos e inevitáveis do processo civilizatório. Se, por um lado, isso poderia explicar as diferentes formas e intensidades de opressão social em sociedades organizadas hierarquicamente (Dumont, 2008), não é suficiente para explicar a existência e a aceitação popular de regimes totalitários e a ocorrência da opressão interior.

Entre nós, Elso Arruda estudou, sob a denominação de “síndrome de opressão”, as repercussões orgânicas e mentais, imediatas e tardias, do confinamento forçado em campos de concentração e de

extermínio (Arruda, 1966). No plano individual, e parecendo confirmar a concepção de que o processo civilizatório corresponde à troca da liberdade individual pela segurança social, os interiormente oprimidos, além de ansiarem por liberdade, na maior parte das vezes atribuem a origem da própria opressão interior a algum agente estranho ao próprio eu, não raramente de origem exterior, social, portanto.

Fui levado à constatação de que a opressão interior é uma condição existencial e um estado mental dos mais comuns, embora varie muito a intensidade e o grau de consciência da pessoa sobre a própria opressão interior. Em minhas atividades clínica e educacional, lido com pessoas oprimidas por vozes interiores e exteriores que dirigem seus pensamentos e ações; pessoas oprimidas pela falta de sentido da vida que levam; pessoas oprimidas pelo cotidiano, cujas atividades são vividas como obrigações de que a pessoa quer se livrar para poder fazer aquilo que tem vontade, sempre ansiando por esse momento que, aliás, nunca chega; pessoas confinadas em vidas regradas e sem sabor, oprimidas por um funcionamento mental fundamentalmente crítico e depreciativo; profissionais oprimidos pelo próprio trabalho, que lenta e insidiosamente se transformou numa rotina protocolar maçante sem nenhuma realização pessoal; psicólogos e psicanalistas oprimidos por modelos teóricos e protocolos técnicos que mal sustentam uma precária competência profissional, mas servem de sustento para frágeis identidades profissionais.

Devemos incluir nessa lista as pessoas que vivem em um constante estado de alerta (estresse), nem sempre apenas mental, oprimidas pelo medo, temendo tragédias e castigos, atormentadas por ansiedades e culpas, sempre preocupadas em fazer o correto e a todo o momento refletindo se fizeram o que era correto em cada situação, e as que vivem oprimidas pelo fracasso, conjugal, profissional ou pessoal, ocorrido no passado ou a acontecer no futuro. Não podemos esquecer aqueles oprimidos por uma revolta interior con-

tra tudo e todos, que não conseguem se inserir em nenhum nicho social e/ou cultural e que acabam encontrando na marginalidade formas de expressão para a destrutividade interior que os oprime.

Finalmente, os oprimidos pelo futuro, que não conseguem sair da cama pela manhã porque preferem ficar imaginando a vida que gostariam de viver, mas que não conseguem se decidir a tentar vivê-la por temerem se decepcionar com a vida ou consigo próprios. E também aqueles que não se sentem interiormente oprimidos, mas estão sempre se relacionando com opressores, seja no casamento, no trabalho, na família ou em ideologias.

Como Bastide (1974) bem descreveu, esses últimos buscam a coerção exercida pela coletividade sobre o indivíduo frequentando multidões, *meetings*, círculos revolucionários e reuniões nas quais se forma uma alma coletiva capaz de arrastar e submergir todos com seu fluxo torrencial e assim se dissolverem na massa, para aí encontrarem o calor afetivo que destrói o sentimento de individualidade, muitas vezes confundido com solidão, ou para se agarrarem aos regulamentos, aos quadros sociais e à vida institucional para assim se oporem a suas tendências antissociais.

Em contraponto, a observação clínica também revela a existência de um fenômeno cotidiano e geral, não opressivo e não necessariamente psicopatológico: toda vez que uma pessoa, estando só, se encontra ou se percebe diante de um fato ou situação para a qual ela própria não está ou não se sente preparada, ela recorre a figuras de autoridade, do próprio passado ou do presente, ou a alguma entidade sobrenatural. Este recurso, verdadeiro pedido de ajuda interior, se dá quando inexiste a possibilidade de o pedido ser feito objetivamente a alguém presente à situação. Portanto, o que o caracteriza o pedido de ajuda interior é ser feito em pensamento, isto é, subjetivamente, a alguma pessoa ou entidade sobrenatural significativa para a pessoa. Este recurso pode se dar de maneira consciente ou inconsciente e, com certa frequência, a pessoa acaba não

se sentindo bem ou estranhando a própria ação ou atitude a que foi levada a fazer, como se não fosse exatamente o tipo de ação ou de atitude que ela normalmente tomaria.

Tanto a opressão interior quanto esse tipo de pedido de ajuda apontam para a existência de uma alteridade na interioridade de cada pessoa, com um papel fundamental na psicodinâmica individual e cuja gênese parece estar relacionada com o processo de constituição do superego, a instância que, por definição, é responsável pela instituição das regras e dos valores culturais na vida mental individual no processo de transmissão dos caracteres adquiridos, a herança cultural (Freud, 1923).

Neste estudo, teremos a oportunidade de investigar o processo de introjeção das regras e valores culturais e verificar se ele se dá como descrito acima e as possíveis relações da agressividade e da destrutividade intraespecíficas com a introjeção das regras sociais e dos valores culturais. Nessa investigação levaremos em consideração as evidências etológicas e antropológicas de que somos uma espécie mamífera, social, competitiva, agressiva e territorial, que carece de inibição da agressividade intraespecífica que as demais espécies sociais apresentam, além de necessitar de apoio dos outros, como também dos oponentes, para afirmar a própria identidade (Lorenz, 1973, 1978, 1995; Storr, 1976). Também levaremos em conta certas características da existência moderna, no que concerne à vida urbana e ao funcionamento das suas instituições, que tendem a induzir a conversão da agressão em ódio pela coisificação do indivíduo.

Espécies sociais organizam-se baseadas na cooperação para a segurança e a sobrevivência. Como as demais espécies sociais, o *Homo sapiens* tem regras de convivência baseadas em hierarquia e funções. Em todas as espécies com algum tipo de organização social, o espaço para a liberdade individual está diretamente relacionado com o tipo de coesão social e de desenvolvimento do sistema nervoso central. E a segurança advém da própria organização social. Não somos a única espécie social que guerreia entre si na busca de território, ali-

mento e mão de obra, mas somos a única espécie social que deu origem a uma natureza própria e mais plástica, que chamamos cultura.

Se estas evidências estão corretas, somos, portanto, seres de natureza dupla (Durkheim, 1970): a primeira, biológica, transmitida por um código bioquímico, a herança genética, modulada pela epigenética e regida pela seleção natural de Darwin; e a segunda, psicológica, transmitida pela interação social, a herança de caracteres adquiridos, regida por códigos socioculturais lamarckianos.

Acreditamos que, a partir do estudo sobre a dinâmica mental que engendra a opressão interior, poderemos nos aproximar um pouco mais do tipo de relação existente entre as duas naturezas humanas, a biológica e a cultural, com o objetivo de verificar se o conflito entre ambas é inevitável, como sustentam sociólogos e psicanalistas, ou se ele é uma consequência possível do processo de transmissão dos caracteres adquiridos, que alguns preferem chamar de aculturação ou humanização, necessariamente individual.

Se for esse o caso, isto é, se a opressão interior for uma decorrência da conjugação do desenvolvimento do sistema nervoso central, da linguagem e da consciência que engendram a dinâmica mental de cada um no processo de transmissão da herança cultural, abre-se um espaço para a pesquisa sobre quais seriam os elementos envolvidos no engendramento do conflito entre a natureza e a cultura, entre a biologia e a psicologia. Sem dúvida, tal elucidação traria novos conhecimentos para a atividade terapêutica de um número significativo de afecções que afetam a humanidade.

Como a opressão interior não é exclusiva das afecções de cunho obsessivo e depressivo, pois o perseguidor também é um opressor, dedicaremos atenção às possíveis relações entre a opressão e a perseguição. Consequentemente, investigaremos se há algum sentido na concepção de que as afecções mentais correspondem a diferentes doenças ou transtornos.

Para a realização deste estudo seguiremos no caminho assinalado por Freud (1940) em seu último escrito, sua derradeira sín-

tese sobre a teoria psicanalítica, da qual foi retirada a citação utilizada como epígrafe do livro. Ela se encontra no final da terceira parte daquele trabalho, o capítulo IX, dedicado à organização do mundo interno, e foi nele utilizada com a intenção de apontar o caminho para a constituição da pessoa e para o desenvolvimento da teoria e da terapia psicanalíticas. Exatamente o que este estudo pretende fazer.

Partiremos do exame de dois casos clínicos famosos e já anteriormente estudados. Examinaremos o adoecimento do dr. Daniel Paul Schreber e de Vincent van Gogh, já estudados por Freud (1911a) e Jaspers (1968), respectivamente. Os motivos da escolha desses casos ficarão evidentes no decorrer do livro.

[2.1] Sobre o adoecimento do dr. Daniel Paul Schreber

Ao estudar o “caso Schreber” (Freud, 1911a) durante minha formação psicanalítica fui levado a crer, tanto pelo autor como pelos professores, que a descrição do quadro clínico apresentado no artigo “Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia (*dementia paranoides*)” contemplava todo o processo de adoecimento de Daniel Paul Schreber, um juiz da corte de apelação alemã (*senatspräsident*). Mas, ao ler o livro autobiográfico (Schreber, 1903; Carone, 2010), escrito por ele para servir de prova da recuperação da capacidade mental do autor com a finalidade de levantar a interdição judicial a que ele fora submetido ao ser internado pela segunda vez, constatei que o quadro clínico de Schreber foi muito mais complexo do que aquele relatado por Freud.

Na época, estava revendo os casos de psicose publicados por Freud para o livro *Investigando psicanaliticamente as psicoses* (Tenenbaum, 1999) e, dentre os principais autores que reestudaram esse famoso caso clínico, apenas Lothane (1992) assinalou que o recorte feito por Freud impõe sérias dúvidas ao diagnóstico formulado no artigo de 1911.

O centésimo aniversário da publicação do trabalho de Freud e da morte de Schreber, ocorrida durante sua terceira internação psiquiátrica após longos anos de uma doença contra a qual lutou com todas as suas forças e com vitórias significativas apesar da pobreza do arsenal terapêutico da época, me estimulou a discutir o diagnóstico formulado por Freud à luz do quadro clínico completo de Schreber (Tenenbaum, 2011). Não satisfeito com a limitação imposta às dimensões do trabalho para a apresentação em congresso, resolvi escrever um livro no qual fosse possível apresentar o estudo completo do adoecimento do dr. Daniel Paul Schreber.

Nesse percurso, me deparei com uma situação curiosa demais para ser uma mera coincidência. Na introdução ao “caso Schreber” somos informados de que Freud leu o livro autobiográfico de Schreber e escreveu seu artigo em 1910, coincidentemente no momento em que Karl Jaspers devia estar preparando seu famoso tratado *Psicopatologia geral* (Jaspers, 1913).

Freud foi contemporâneo de Emil Kraepelin (1856-1926), Eugen Bleuler (1857-1939) e Karl Jaspers (1883-1969), cujas descobertas contribuíram significativamente para que a influência alemã superasse a francesa na nosologia psiquiátrica dos séculos XIX e XX.

Kraepelin tornou-se um dos mais eminentes psiquiatras de língua alemã ao utilizar a evolução clínica como parâmetro para sistematizar os diversos quadros psicóticos então conhecidos. Foi assim que surgiu a “demência precoce”, entidade mórbida que congregou a catatonia descrita por Karl-Ludwig Kahlbaum (1828-1899), em 1870, a hebefrenia também descrita por Kahlbaum, em 1863, e detalhada por Ewald Hecker (1843-1909), seu discípulo, em 1871, e a paranoia descrita por Bénédict Augustin Morel (1809-1873). É também de Kraepelin o conceito de psicose maníaco-depressiva, até então descrita de forma fragmentada em diferentes quadros clínicos. Na nosologia de Kraepelin, a demência precoce foi separada da psicose maníaco-depressiva e das parafrenias porque as últimas evoluíam sem o quadro demencial final.

Kraepelin foi também o primeiro a levar em conta o fato clínico de que essas afecções atingem diferentemente o funcionamento mental: aquelas que se caracterizam por uma profunda desorganização da personalidade decorrente de alterações predominantemente na afetividade e na vontade e que evoluíam para um quadro de alienação total, na época confundido com demência, foram agrupadas com o nome de “demência precoce”, que incluía a “demência paranoide” utilizada por Freud no “caso Schreber”, enquanto que as que incidem preferentemente sobre o pensamento sem apresentar o mesmo tipo de desorganização e de evolução foram denominadas “parafrenias”. As alterações ciclotímicas atingem predominantemente o estado de ânimo e o humor.

A classificação utilizada por Kraepelin que acabou adotada pela psiquiatria alemã:

Psicoses endógenas	Demência precoce Psicose maníaco-depressiva ou psicoses ciclotímicas
Psicoses orgânicas	Quadros psicóticos que acompanham doenças somáticas
Psicoses exógenas	Por acidentes, drogas etc.

Bleuler, psiquiatra suíço, foi o diretor da clínica Burghölzli na época em que por lá passaram Carl G. Jung, Karl Abraham, Ludwig Binswanger, Herman Rorschach, Adolf Meyer, Abraham Hill entre outros, quase todos, direta ou indiretamente, ligados à psicanálise. Bleuler foi o primeiro a utilizar conceitos psicanalíticos em uma sistematização psiquiátrica das psicoses,² concebidas por ele como

² O termo psicose só começou a ser empregado em meados do século XIX. Parece ter surgido em Viena para designar qualquer tipo de doença mental de qualquer origem. Só após a virada do século, portanto já no século XX, é que as neuroses e as doenças mentais de causas físicas (orgânicas) conhecidas foram excluídas desta categoria.

doenças do cérebro, decorrentes de alterações da bioquímica cerebral, com uma superestrutura psicológica. Influenciado pelas ideias freudianas, Bleuler considerava que haveria um transtorno psicológico específico para a psicose, a *spaltung* ou cisão da mente, desencadeado por alguma situação intolerável. Foi assim que a “demência precoce” transformou-se em esquizofrenia, mente dividida, e se iniciou o diálogo entre a psiquiatria e a psicanálise, no qual a psicanálise adotou as noções de autismo e de ambivalência introduzidas por Bleuler. Ainda para este autor, o autismo, a ambivalência e os transtornos da afetividade seriam os sintomas fundamentais da esquizofrenia.

Em sua sistematização, Bleuler introduziu um elemento psicanalítico: a busca pelo transtorno psicológico fundamental gerador de cada enfermidade. Essa busca vem sendo realizada por quase todo autor psicanalítico desde Freud e alcançou seu ponto máximo na sistematização elaborada por Jacques Lacan³ e nas pesquisas de Franz Alexander (1933, 1950), Flanders Dunbar (1954), Felix Deutsch (1922), Pierre Marty (1983) e Peter Sifneos (1983) sobre os fenômenos psicossomáticos.

Se a sistematização de Bleuler foi construída dentro de uma perspectiva de colaboração com a psicanálise, a de Jaspers procurou delimitar os respectivos espaços de influência. O tratado *Psicopatologia geral* (Jaspers, 1913) introduziu uma nova sistematização das afecções mentais formulada a partir da distinção entre processo e desenvolvimento e introduziu uma nova metodologia de observação dos fenômenos mentais: a “redução fenomenológica” proposta por Edmund Husserl (1859-1938).

Jaspers, para distinguir uma doença processual de um desenvolvimento patológico, utilizou dois tipos diferentes de observação clínica:

³ Lacan sistematizou uma nosologia própria na qual as doenças mentais foram compreendidas como diferentes estruturas, cada uma delas organizada a partir de um determinado mecanismo de defesa (neurose: a *verdrängung*; psicose: a *verwerfung*; perversão: a *verleugnung*).

a observação das vivências dos pacientes como elas se apresentam à consciência, chamada por ele de “compreensão fenomenológica”, e a observação do encadeamento dos fenômenos mentais que ocorrem nas diversas situações vividas pelos pacientes, que ele chamava de “compreensão psicogenética”. O desenvolvimento patológico seria aquele no qual a compreensibilidade psicogenética dos sintomas é possível graças à coerência entre o conteúdo da vivência patológica e o acontecimento original (biográfico) enquanto que o processo patológico seria sempre incompreensível por corresponder a uma ruptura da continuidade existencial do paciente, na qual o sintoma surge independentemente dos acontecimentos, da biografia.

Implicitamente, a proposição de Jaspers delimita as áreas de interesse da psicanálise e da psiquiatria: a primeira seria aplicável apenas às neuroses enquanto as psicoses seriam do interesse da psiquiatria. Apenas dois anos antes de Jaspers publicar seu tratado de psicopatologia, Freud, no “caso Schreber”, havia demonstrado que também os fenômenos psicóticos são passíveis de compreensão pela psicanálise.

O século XIX foi uma época de avanços científicos e de observações acuradas dos fenômenos psíquicos. Conceitos como repressão, regressão, inconsciente e conflito interior, assim como o papel da realização dos desejos e da consciência moral nos sonhos e nas doenças mentais eram conhecidos e debatidos (Alexander e Selesnick, 1968). A originalidade de Freud está na formulação de uma dinâmica mental, a psicodinâmica,⁴ capaz de explicar a formação dos sintomas a partir da biografia e que deu origem a uma psicopatologia própria, a qual serviu de base para uma nosografia que contribuiu para que, no século XX, a sistematização do conhecimento psicopatológico caminhasse na direção da delimitação de grandes

⁴ Aspecto da teoria psicanalítica que explica os fenômenos mentais como resultantes de composições de forças motivacionais, muitas delas inconscientes, no caminho para a consciência.

estruturas psicopatológicas, as neuroses, as psicoses e as perversões, e para a substituição do conceito de doença mental pelo de transtorno mental.

A nosografia freudiana teve três momentos diretamente relacionados com a evolução dos conhecimentos psicanalíticos. No início, pareceu a Freud que o sofrimento mental estava diretamente relacionado com as experiências efetivamente vividas pelos pacientes e no que elas atingiam a moralidade de cada um. Os conceitos de “ideia incompatível”, “censura” e “defesa”, assim como a pesquisa sobre as repercussões das vivências nos processos associativos e na formação dos sintomas, advêm daí. Ainda nesse primeiro momento, ele fez duas distinções nosológicas: entre neurose atual e neuropsicose de defesa, e entre neurose e psicose. A primeira dizia respeito à etiologia enquanto que a segunda, às intensidades e consequências das medidas defensivas sobre o funcionamento mental.

O grupo das neuroses atuais era constituído, inicialmente, pela neurastenia, diagnóstico muito empregado no século XIX para designar um padecimento cujos principais sintomas eram a fadiga física e/ou mental, a ansiedade, variações do humor, cefaleia e insônia, e pela neurose de angústia, diagnóstico utilizado para designar a presença marcante de angústia na vida do paciente. Para Freud, naquela época, a etiologia dessas afecções seria orgânica: haveria uma insatisfação crônica e real na vida sexual da pessoa e os sintomas acompanhariam as vicissitudes da excitação sexual não adequadamente descarregada. Na neurastenia, essa excitação represada seria descarregada no organismo gerando os sintomas somáticos enquanto na neurose de angústia ela seria transformada em angústia (Freud, 1898).

Em 1894, o grupo das neuropsicoses de defesa, formado pela histeria, pela neurose obsessiva e por certos quadros psicóticos, tinha como característica o fato de ter etiologia estritamente psicológica e relacionada com o efeito traumático de experiências sexuais precoces ou com a utilização de diferentes defesas psicológicas con-

tra a emergência de ideias incompatíveis com a moralidade da pessoa. Assim, nessa época, a histeria era uma das possíveis consequências, na vítima, de uma experiência de sedução, enquanto a neurose obsessiva era outra possível consequência, no agressor, do mesmo tipo de experiência. As parafrenias, outra das distinções nosológicas de Freud, que agrupava a demência precoce e a paranoia, também tinham etiologias psicológicas e surgiam em decorrência da rejeição (*verwerfung*) da experiência traumática (Freud, 1894).

Com a evolução das observações clínicas, da pesquisa sobre a psicopatologia na vida cotidiana e do desenvolvimento do conhecimento sobre os sonhos, os processos simbólicos tomaram a frente nas investigações freudianas fazendo com que as psiconeuroses, nova denominação para as neuropsicoses de defesa, passassem a ser compreendidas como expressões simbólicas de conflitos inconscientes. A histeria passou a ser considerada uma expressão da existência de conflitos na esfera da sexualidade e a neurose obsessiva, como uma desarmonia entre a agressividade e a sexualidade. Cada quadro clínico era explicado pelo uso de diferentes tipos de defesa psicológica: na histeria, a conversão; na neurose obsessiva, o deslocamento do afeto; nas parafrenias, a rejeição da experiência traumática.

O interesse pelas neuroses atuais começou a diminuir quando Freud percebeu que também nesses casos a sintomatologia estava relacionada com a existência de conflitos inconscientes. Freud nunca considerou a fobia como uma entidade clínica independente porque sintomas fóbicos estão presentes em quase todas as patologias mentais. Nessa época, preferia chamar a fobia de histeria de angústia porque considerava a angústia⁵ como a base de todo sinto-

⁵ Embora angústia e ansiedade sejam empregadas para designar um estado afetivo penoso, caracterizado pela expectativa de alguma ameaça que se revela indeterminada e imprecisa, e diante da qual o indivíduo se julga indefeso, a psicopatologia descritiva as diferencia a partir de seus corolários: a expressão da ansiedade é restrita à esfera mental (aflição, inquietação e ânsia etc.) enquanto a angústia se expressa através de sintomas corporais (opressão no peito ou dor no peito e falta de ar). Na psicanálise, ambas

ma fóbico, e entendia a fobia de forma muito semelhante à histeria, no sentido de que ambas seriam expressões de conflitos com a sexualidade, mas com o emprego de diferentes defesas contra a emergência dos desejos reprimidos.

O segundo momento da nosografia freudiana foi o resultado da consolidação de novos conhecimentos advindos diretamente da prática clínica, já estritamente psicanalítica. Com isso quero dizer a troca da técnica de sugestão (com o paciente lúcido ou hipnotizado) pelo uso da interpretação, mudança técnica advinda dos estudos sobre os processos oníricos, o papel da fantasia na vida cotidiana (Freud, 1901b) e o papel da resistência no processo terapêutico. Esses conhecimentos associados ao emprego da nova técnica terapêutica baseada na livre associação propiciaram a Freud, na primeira década do século XX, o entendimento de dois fenômenos mentais até então insuspeitados, ambos relacionados com o papel da fantasia na vida de relação: a transferência e o narcisismo. Esses novos conhecimentos provocaram uma mudança no critério nosográfico, que deixou de ser etiológico, passando a ser relacional, isto é, estritamente psicológico. As psiconeuroses tornaram-se neuroses de transferência e as psicoses funcionais (as parafrenias e a depressão psicótica) passaram a ser denominadas neuroses narcísicas.⁶

Foi nesse contexto conceitual que Freud leu as *Memórias* e viu uma oportunidade de aplicar e divulgar os conhecimentos sobre a paranoia que explicitara em 1906 ao apresentar um caso de paranoia feminina na Sociedade Psicanalítica de Viena, mas cujas bases datam de 1895 (Masson, 1986, Carta de 24.01.1895). Infelizmente, não sabemos se esse foi o caso de paranoia feminina publicado por

designam quase que indistintamente o estado afetivo desencadeado nas situações vividas como ameaça, externa ou interna, à integridade do *self* ou de algum de seus componentes (a organização mental, a representação de si mesmo, as identidades ou o próprio corpo). Elas também podem surgir nas situações de bloqueio da realização da finalidade de uma pulsão e na ameaça de perda de um objeto investido libidinalmente.

⁶ O terceiro momento nosográfico de Freud está descrito em Tenenbaum, 1999; 2010.

Freud em 1915, no qual ele defende exatamente o mesmo ponto de vista apresentado no “caso Schreber” (Freud, 1911a). No “caso Schreber” foi demonstrado, pela primeira vez na história, a relação entre um quadro delirante e as circunstâncias históricas pessoais, entre a psicodinâmica e a biografia.

Esse estudo de caso realizado por Freud limitou-se à sintomatologia apresentada pelo paciente por um período de quatro meses da segunda internação. Nesse estudo, Freud fez apenas referência ao “complexo paterno” de Schreber, importante elemento psicodinâmico do caso clínico. Ao não examiná-lo, Freud passa a impressão de estar mais interessado na formulação de suas ideias de maneira a inseri-las nas pesquisas nosográficas que estavam sendo levadas a cabo pela psiquiatria alemã.

[2.2] Sobre o adoecimento de Vincent van Gogh

Dois anos depois da publicação do artigo de Freud, veio a público a primeira edição do livro já citado de Jaspers, no qual este autor utiliza a diferença entre compreender e explicar para argumentar que os delírios podem ser explicados (como Freud havia conseguido fazer), mas não se podem compreender porque o pensamento passa a apresentar as características delirantes de ser mantido por uma convicção inabalável (certeza delirante), ser irrefutável (não é passível de alteração por contra-argumentação ou prova em contrário) e ser inverossímil (implausível, bizarro, ou claramente inverídico). Mais tarde, esses três pontos levantados por Jaspers serão psicanaliticamente explicados pelo reinvestimento narcísico nos objetos internos, uma das características da psicodinâmica psicótica que será esmiuçada adiante.

Um acontecimento circunstancial adiou meu plano de publicar o estudo psicanalítico do quadro clínico completo do dr. Daniel Paul Schreber que acabara de finalizar. Fui fortemente impactado por uma visita ao Museu Van Gogh, de Amsterdam. Ver o conjunto

da obra desse maravilhoso pintor transmitiu-me a dimensão dos dramas e tormentos pessoais dele, mas duas telas me tocaram especialmente. O irreverente e bem-humorado quadro de um esqueleto humano fumando um cigarro, pintado como uma resposta às exigências acadêmicas quando cursava a Academia de Artes de Amsterdam, onde fora estudar anatomia para pintores e era muito criticado pelo hábito inveterado de fumar, e o sombrio *Still life with bible*, composto apenas por dois livros sobre uma mesa forrada no centro da tela: uma grande bíblia aberta ao lado de uma diminuta e manuseada brochura fechada, ambos ladeados por um par de candelabros apagados, um deles com a vela totalmente consumida e o outro com a vela pela metade, tudo sob um fundo escuro e sombrio.

Além de revelarem o exímio desenhista por trás do pintor, o primeiro me apresentou o tipo de humor, cáustico e irreverente, e o aspecto iconoclasta da personalidade de Vincent, que eu desconhecia; o segundo impactou-me pessoalmente porque ao vê-lo fui imediatamente remetido à perda do meu próprio pai, que completaria vinte anos dali a pouco mais de dois meses. Considerei a tela uma expressão condensada de um momento significativo da vida do autor, como um sonho, que, entendido em toda a sua plenitude, revela a psicodinâmica que o engendrou. Foi isso que me levou a conhecer a fundo a história de Vincent van Gogh.

Ainda no museu, eu soube que a bíblia retratada no quadro era a do pai, que após a morte foi entregue a Vincent para que chegasse às mãos do irmão, Theo. Mais tarde, vim a saber que, no quadro, ela está aberta nas páginas de Isaías, o profeta judeu que muitos cristãos consideram ter antecipado a vinda de Cristo por ter anunciado a vinda do Messias na forma de um servo sofredor para salvar a humanidade através do sofrimento e da própria morte.

O outro livro retratado no quadro, como uma brochura muito manuseada, é *La Joie de vivre*, o décimo segundo volume de *Os Rougon-Macquart*, obra de Émile Zola (1956) em vinte volumes

sobre a vida de uma família aristocrática em decadência. Esse volume é centrado em Pauline, a sobrinha órfã que cresce em meio ao pessimismo niilista da família já decadente de seus tios sem ser submissa, sem perder o otimismo, a dignidade e a capacidade de se dedicar e amar, apesar de ser explorada de diferentes maneiras.

Émile Zola (1840-1902), além de eminente escritor, foi um naturalista e libertário ligado ao movimento impressionista. No começo dos anos 1880, ele esteve por dois meses com os mineiros de carvão do norte da França durante uma greve (Wessels, 2013, p. 77) e uma multidão desses profissionais compareceu ao funeral dele bradando *Germinal*, o livro no qual Zola descreveu a vida e a luta deles. Além de ligado ao movimento impressionista, Vincent também foi muito ligado aos mineiros do Brabant.

Still life with bible, sem dúvida, fez parte da elaboração da perda paterna de Vincent. Tudo nessa tela me impactou, desde a escolha do nome com seu duplo sentido – ainda há vida com a bíblia e natureza morta com bíblia – à atmosfera densa e sombria do conjunto formado pelos dois livros que representam duas *weltanschauungen* – a religiosa e a naturalista – sobre um fundo escuro e sombrio com dois candelabros apagados: um, cuja vela foi toda consumida, e o outro, cuja vela está apagada na metade. O pai, cuja vida se completou, e ele, cuja vida de fato viria a se extinguir aos 37 anos.

Esse quadro permitiu-me vislumbrar como Vincent via a ele junto ao pai. Vincent ressentia-se da posição marginal na vida do pai, como o pequeno livro de Zola, surrado, que está à margem da mesa, quase caindo, em contraste com um imenso pai, um livro enorme, antigo e pomposo, dominando o centro da tela, o centro da vida dele. Além de revelar a psicodinâmica superegoica, iconoclasta e autodepreciativa de Vincent, podemos ver que, já naquela época, Vincent nutria o sentimento sombrio de que sua vida, como a vela, seria precocemente apagada.

Perceber esses detalhes só aumentou minha vontade de conhecer a história dele, o que acabou me levando de volta ao estudo que

acabara de fazer sobre o adoecimento de Schreber. Há uma forte semelhança na psicodinâmica de ambos. Por meio de seus respectivos adoecimentos, ambos expressaram a opressão interior decorrente da sobreposição do ego pelo superego.

Na busca por conhecer a pessoa que foi Vincent van Gogh, li psicanaliticamente as 902 cartas e os 25 rascunhos publicados em <http://vangoghletters.org/vg>, do Museu Van Gogh de Amsterdam, e encontrei o estudo feito por Jaspers (1968) sobre o adoecimento de Vincent. Pude constatar que esse brilhante psiquiatra, assim como Freud, também aplicou seu conhecimento psiquiátrico e sua técnica investigativa, a redução fenomenológica de Husserl, em doentes célebres que não foram seus pacientes.

Jaspers e Freud, dentre todos os que contribuíram para o conhecimento sobre o sofrimento humano no início do século XX, merecem ser destacados porque iniciaram o debate em que a psiquiatria e a psicanálise estão imersas até hoje. Ambos eram médicos, foram contemporâneos, faziam parte da psiquiatria alemã e, no início da segunda década do século XX, iniciaram a discussão sobre a compreensibilidade do adoecimento mental. Enquanto o primeiro defendeu a posição de que a psicose corresponderia a um processo que se instalaria na mente sem nenhuma relação com a biografia, ao segundo coube a defesa da posição oposta, isto é, todo adoecimento mental está diretamente relacionado com a história pessoal e, portanto, abordável psicoterapeuticamente. Enquanto Jaspers foi um homem do seu tempo, voltado para a sistematização do conhecimento de sua época, Freud sempre se considerou um desbravador e um descobridor. À frente de seu tempo, Freud buscou demonstrar a íntima relação do sofrimento mental com a biografia, tornando-o não só compreensível como abordável psicoterapeuticamente.

Acompanhar a correspondência completa de Vincent me permitiu complementar as afirmações de Jaspers no sentido de mostrar que ele estava correto ao afirmar que o processo psicótico corresponde a uma mudança, por vezes irreversível, na maneira de

a mente funcionar e, portanto, na maneira de a pessoa estar-no-mundo, mas incorreto em considerá-lo desligado da biografia.

O exame do quadro clínico completo apresentado por Schreber me permitiu confrontar as ideias de Freud e verificar que ele estava incorreto em afirmar que a experiência psicótica fundamental é o aniquilamento do ego, que no caso de Schreber teria sido por sobrecarga pulsional homossexual. Acompanhar os adoecimentos de Schreber e de Vincent nos mostrará que o fenômeno psicótico fundamental corresponde a um processo de desorganização do ego, cujos grau, duração, irreversibilidade e sequelas variam individualmente e circunstancialmente (Tenenbaum, 2010).

Finalmente, apresentar a história clínica completa deles será útil também para verificar se as nosografias atuais, psiquiátrica e psicanalítica, são adequadas à compreensão do adoecimento mental.

Acompanharemos o desenrolar de dois quadros psicóticos diferentes, ambos de cunho depressivo, que evoluíram com episódios delirantes de cunho místico e grandioso em momentos específicos, que seriam melhor diagnosticados como episódios de mania delirante em quadros clínicos de psicose depressiva. Quadros assim reforçam a concepção de que a psicose é um fenômeno único, cujas apresentações e evoluções estão relacionadas com a biografia e com as circunstâncias da vida de cada paciente, e apontam para a necessidade de uma nosografia psicodinâmica.

Para verificar a hipótese de que existe uma distinção entre a opressão social, fruto do conjunto de valores que regem a sociedade através de suas leis e instituições e que dão o marco civilizatório da mesma (Elias, 1993), além de produzir o respectivo mal-estar (Freud, 1930), e a opressão interior, cuja origem está no processo de transmissão intergeracional e interiorização dos valores familiares e sociais, partiremos de duas linhas de pesquisa: os estudos psicanalíticos sobre as relações entre o superego e o ego (Freud, 1923, 1940) e os estudos antropológicos sobre os processos de transmissão

intergeracional e de formação da pessoa (Duarte & Gomes, 2008; Ingold, 1990, 1991, 1994, 1996, 2001, 2002, 2004, 2008; Silva, 2011).

Acreditamos que o desenvolvimento destes conhecimentos poderá iluminar o complexo processo de transformação da herança familiar/social em arcabouço psicológico pessoal necessário às diversas situações da vida, e a relação deste com as formas obsessiva e depressiva de adoecer, que têm uma relevante repercussão social em nossa época.

Ao estudar a sobreposição do ego pelo superego, pretendemos demonstrar a relação entre opressão interior, forma de ser, e depressão, forma de adoecer. Estudaremos a relação entre esta forma de adoecimento e o processo de construção da pessoa, especificamente na transmissão intergeracional e na incorporação da herança adquirida visando ampliar o conhecimento psicanalítico e antropológico sobre as psicoses funcionais em suas repercussões pessoais e sociais. E, finalmente, comparar o processo de construção da figura do perseguidor, característico das psicoses esquizofreniformes, com a do opressor, característico das psicoses depressivas, para embasar uma mudança na concepção médico-psicanalítica das psicoses funcionais na direção de formas diferentes de apresentação de um mesmo fenômeno patológico relacionado com a construção da pessoa e não de diferentes patologias.

Dentre as diversas formas de apresentação da opressão interior utilizaremos a atração de Vincent van Gogh pela miséria humana e os fracassos do dr. Daniel Paul Schreber diante dos próprios êxitos. Os descontentes em suas diferentes formas (com a civilização, com a própria biologia, com a família e com o amor) junto com os oprimidos pela presença da morte em suas vidas, que também são formas de apresentação da opressão interior, não serão estudados no momento.

Para alcançar os objetivos deste estudo partirei do exame desses dois pacientes ilustres, realizados por Karl Jaspers e Sigmund Freud. Para este exame utilizarei dois tipos de dados como material de pes-

quisa: os escritos redigidos pelos próprios e escritos redigidos por terceiros. De Vincent van Gogh utilizarei as cartas escritas pelo próprio ao irmão, amigos e familiares que estão disponíveis em www.vangoghletters.org/vg/ e o livro *Genio y locura. Ensayo de análisis patográfico comparativo sobre Strindberg, Van Gogh, Swendeborg y Hölderlin* (Jaspers, 1968). De Daniel Paul Schreber utilizarei o livro autobiográfico *Memórias de um doente dos nervos* (Carone, 2010) e o artigo “Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia (*dementia paranoides*)” (Freud, 1911a). O material proveniente de outros autores, alguns dos quais tiveram acesso aos registros das internações destes dois pacientes, será adicionado conforme a pesquisa for se desenvolvendo.

A escolha destes pacientes deve-se ao fato de o distúrbio mental de ambos ter sido compreendido pelos seus respectivos estudiosos dentro da esfera das psicoses esquizofreniformes, embora a sintomatologia apresentada por ambos tenha sido predominantemente de cunho depressivo, conforme se pretende evidenciar por meio da pesquisa dos documentos existentes. Consideramos que tal situação é extremamente adequada ao objetivo de defender a concepção de que as diferentes formas de apresentação das psicoses funcionais têm uma base psicodinâmica única.