

Yasmin de Souza Silva

Fragmentos da análise de um caso de paranoia

Uberlândia

2025

Yasmin de Souza Silva

Fragmentos da análise de um caso de paranoia

Trabalho de conclusão de curso apresentado
ao Instituto de Psicologia da Universidade
Federal de Uberlândia, como requisito parcial
à obtenção do Título de Bacharel em
Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Lucianne Sant’Anna
de Menezes

Uberlândia

2025

Yasmin de Souza Silva

Fragmentos da análise de um caso de paranoia

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Bacharel em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Lucianne Sant'Anna de Menezes

Banca Examinadora

Uberlândia, 29 de abril de 2025.

Profª Drª Lucianne Sant'Anna de Menezes

Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

Prof. Dr. João Luiz Leitão Paravidini.

Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

Profa. Dra. Layla Raquel Silva Gomes

Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

UBERLÂNDIA

2025

AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaria de agradecer o meu primeiro paciente, Joaquim, que me deu a oportunidade de ouvi-lo e escrever esse trabalho. Agradeço aos meus pais, Maria José de Souza Silva e José aparecido de Souza Silva, que me apoiaram e incentivaram a trilhar o caminho dos estudos desde pequena, muitas vezes acreditando no meu potencial muito mais do que eu mesma. Agradeço também as minhas amigas, Vanessa Medeiros e Eduarda Moura, que estiveram comigo desde o primeiro semestre e foram ponto de segurança durante todo esse tempo. Juntas construímos o ser psicóloga, enfrentando os piores e melhores momentos da graduação. Agradeço ao meu namorado, Pedro Henrique Pascoin, que nessa reta final me deu confiança e apoio emocional, acreditando na minha capacidade para escrita desse trabalho, que em alguns momentos foi muito difícil para mim. Por fim, e não menos importante, agradeço a minha orientadora e supervisora Lucianne Sant'Anna de Menezes, que me acompanhou no estágio e agora na escrita desse Trabalho de Conclusão de Curso. Foi a partir de todo cuidado e apoio de cada um deles que hoje estou concluindo minha graduação em psicologia e, como diria Joaquim, fechando essa porta com chave de ouro.

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo apresentar, por meio de um estudo de caso clínico, uma forma mista de psicose, com delírios de perseguição e erotomania, além de alucinações e alterações corporais, a semelhança do “Caso Schreber” de Freud. Do ponto de vista freudiano, na psicose há um distúrbio na relação do Eu com o mundo externo. O sujeito recusa (*Verwerfung*) a realidade, o que arrasta o Eu para longe e como uma forma de reparação da realidade perdida, uma tentativa de cura, cria o delírio, um curativo dessa relação que se rasgou. Nesse contexto, a paranoia masculina seria uma defesa contra o desejo homossexual. A recusa por amar um homem transforma o objeto amado em seu perseguidor. Trata-se aqui, de uma pesquisa psicanalítica, em que a clínica é tomada como campo privilegiado de produção de saber sobre o inconsciente. A metodologia adotada segue os fundamentos da psicanálise enquanto forma de investigação teórica e clínica, em que não há separação entre o sujeito que investiga e objeto que é investigado, onde a escuta, a associação livre e os efeitos da transferência são centrais. Apresentamos a história clínica de um sujeito paranoico, com a construção dos seus delírios de perseguição e erotomaniaco, assim como na passagem da paranoia para esquizofrenia em momentos regressivos, com alucinações e alterações corporais. Na evolução do tratamento, foi possível mostrar que o paciente se estabiliza a partir da erotomania na transferência.

Palavras-chave: Paranoia; psicose mista; delírio de perseguição; erotomania; clínica psicanalítica.

ABSTRACT

The aim of this paper is to present, through a clinical case study, a mixed form of psychosis, with delusions of persecution and erotomania, as well as hallucinations and bodily alterations, similar to Freud's "Schreber Case". From a Freudian point of view, in psychosis there is a disturbance in the relationship between the "I" and the external world. The subject refuses (*Verwerfung*) reality, which drags the "I" away and, as a way of repairing the lost reality, an attempt at healing, creates delirium, a bandage for this torn relationship. In this context, male paranoia would be a defense against homosexual desire. The refusal to love a man turns the beloved object into his persecutor. This is psychoanalytic research, in which the clinic is taken as a privileged field for producing knowledge about the unconscious. The methodology adopted follows the foundations of psychoanalysis as a form of theoretical and clinical investigation, in which there is no separation between the subject that investigates and the object that is investigated, where listening, free association and the effects of transference are central. We present the clinical history of a paranoid subject, with the construction of his delusions of persecution and erotomania, as well as the transition from paranoia to schizophrenia in regressive moments, with hallucinations and bodily alterations. In the evolution of the treatment, it was possible to show that the patient stabilizes from the erotomania in the transference.

Keywords: Paranoia; mixed psychosis; delirium of persecution; erotomania; psychoanalytic clinic.

SUMÁRIO

Introdução	1
1. História clínica	7
1.1. Duas cenas	12
2. Um recorte da teoria da psicose na psicanálise	18
2.1. Psicose mista.....	21
3. Evolução do tratamento	26
Considerações Finais	33
Referencias.....	35

Introdução

Vim a escolher o tema da psicose, pelo meu gosto pela psicanálise e meus percursos na clínica psicanalítica, que iniciei justamente no atendimento de Joaquim, nome fictício que escolhi para preservar a sua identidade. Era um Estágio Profissionalizante em Psicologia Clínica e Social que oferecia atendimento para adultos e idosos, no Centro de Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia (CENPS-IPUFU). Aqui, quero compartilhar alguns aspectos do psiquismo desse paciente que me permitiu pela primeira vez escutar o inconsciente de outro sujeito em uma posição de psicoterapeuta.

Quando iniciei o estágio e os atendimentos com Joaquim, estava começando a escrever o meu projeto de Trabalho de Conclusão de Curso (T.C.C.) com outra professora. O tema que eu havia escolhido era completamente distante da psicanálise, teoria que estive próxima desde o início da graduação e precisei esquecê-la momentaneamente por causa desse estudo. Em função disso, com o tempo fui percebendo que não estava mais identificada com aquela pesquisa e por isso não conseguia manter a constância na minha escrita.

Nesse meio tempo, a minha atual orientadora havia me perguntado se eu já iniciara o T.C.C. e conversamos sobre a minha situação naquele momento. Ela me fez a proposta de iniciar um novo trabalho, um estudo de caso do meu paciente que já havia se mostrado muito interessante tanto para mim quanto para ela. Assim, a ideia de escrever sobre o ‘caso Joaquim’ surgiu logo no início dos atendimentos, ainda nas entrevistas preliminares, quando pensávamos, dentre outros aspectos, sobre uma hipótese diagnóstica que pudesse conduzir seu tratamento. Joaquim desde a primeira sessão se mostrou para mim de uma forma intrigante, em que fui fisgada pelo seu discurso.

Por isso, recusar a proposta de escrever esse trabalho não fazia sentido, seria abrir mão da chance de unir duas coisas que, naquele momento, ressoavam profundamente em mim: a

possibilidade de construir um TCC sobre um tema que realmente me mobilizava e, ao mesmo tempo, mergulhar mais fundo nos estudos da psicanálise para cuidar de uma pessoa que se apresentava diante de mim de uma forma que tocava e despertava meu interesse de uma maneira muito especial.

Joaquim, um homem de 34 anos, é atormentado pela cena de que a partir da fala de uma menina que se negou a aceitar dançar com ele – como noiva em uma festa junina na escola (por volta dos 10 anos de idade) –, porque ele era feio “*isso **contaminou** todo mundo e todo lugar que eu ia conversar as pessoas começaram a me tratar assim. As mulheres sempre me desprezaram e me deixaram de lado, nunca tomei iniciativa de nada por isso.*”. Ele ficou em tratamento no CENPS conosco por 1 ano e 3 meses e durante as discussões sobre o caso nas supervisões, levantamos a hipótese diagnóstica de psicose, uma paranoia, já que na transferência foram surgindo conteúdos persecutórios, especialmente referentes a seu pai e figuras femininas, o que parecia indicar a vivência em uma realidade delirante. Ao referir-se a sua relação com o pai, em especial, depois do AVC da mãe e a consequente separação do casal na sua infância, dizia coisas como: “*eu que achava que ele (o pai) era um super-herói e depois eu fui crescendo e percebendo quem ele era de verdade*”.

Para Freud (1924/2010), no quadro clínico da psicose, “as manifestações do processo patogênico serem frequentemente cobertas por aquelas de uma tentativa de cura ou reconstrução” (p.180), da fenda que se abriu na relação do Eu com mundo externo, real. Assim, na situação inicial do conflito patogênico, o Eu se rendeu a sua dependência do Id, gerando o delírio como um remendo dessa relação, uma tentativa de reconstrução do mundo simbólico desorganizado. Na psicose, a recusa primária da realidade implica em uma reparação desta perda, ou seja, a criação de uma nova realidade para substituir aquela que foi recusada. Na neurose, parte da realidade é evitada por meio de um tipo de fuga (recalque), enquanto na psicose é recusada e reconstruída.

Também apresentava alucinações como vozes de comando “*Acho que cheguei a comentar com você que às vezes eu ouço vozes, que quando eu comecei a ouvir elas lá atrás elas me mandavam usar drogas, matar meu pai, minha mãe, cometer suicídio. Ai ontem eu tava lá na casa do meu pai e eu tava assim me sentindo muito mal, uma angústia muito grande e eu comecei a ouvir umas vozes falando “vai se mata, se mata vai, você tem que morrer”*”. Além disso, queixava-se de alterações em seu corpo como não sentir o sangue em seu pênis, dores de cabeça frequentes, dores abdominais, dores musculares. Esses sintomas foram investigados por médicos e nada da ordem do físico foi encontrado.

Diante desse quadro de Joaquim, eu me recordava frequentemente do “caso Schreber”, de Freud, dada as semelhanças na realidade delirante com características paranoicas, fenômenos alucinatórios e transformações corporais. Em “Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia (*dementia paranoides*)” (1911), o autor defende a teoria da paranoia como uma defesa que atua frente a uma libido de origem homossexual. Schreber desloca o pai para seu médico Flechsig que se tornará seu perseguidor, mas que a priori fora amado, assim como Deus. O pai de Joaquim é seu perseguidor, mas a priori fora seu objeto de amor. Então, ao longo das primeiras entrevistas surgiu a pergunta motivadora desta pesquisa: *como o caso Schreber poderia colaborar para o estudo clínico de Joaquim?*

Os delírios são comuns na paranoia, mas as alucinações e transformações corporais costumam ser encontradas na esquizofrenia, o que nos deixou dúvidas quanto a hipótese diagnóstica. Pesquisando sobre o tema em autores contemporâneos, encontramos Antônio Quinet (2006) que, no livro “Teoria e Clínica da Psicose”, discorre sobre formações mistas da psicose, na possibilidade de coexistir paranoia e esquizofrenia em uma única estrutura psíquica e cita Schreber como exemplo. Diante dessa perspectiva o objetivo geral deste trabalho é ilustrar, por meio de um estudo de caso clínico, uma forma mista de psicose, com delírios de

perseguição e erotomania, além de alucinações e alterações corporais, a semelhança do “Caso Schreber” de Freud.

Trata-se aqui de um estudo de caso clínico, sob a perspectiva da psicanálise, ou seja, uma pesquisa psicanalítica. A psicanálise é empregada como método de investigação dos processos mentais inconscientes, por meio de técnicas como a associação livre e a atenção flutuante, que possibilitam a escuta analítica, o método em operação (Menezes, 2016). E, a partir das informações psicológicas coletadas, do conhecimento que este método produz, viabiliza a construção de um estudo, o que caracteriza a psicanálise como ciência (Freud, 1923/1922).

Como mostra Nogueira (2004, p.83), a “metodologia científica em Psicanálise confunde-se com a própria pesquisa, ou seja, a psicanálise é uma pesquisa.” O autor enfatiza que encontramos na obra de Freud, a primeira formalização da pesquisa psicanalítica, a partir dos cinco casos clínicos que relatou.

A pesquisa em psicanálise, conforme propõe Herrmann (2001), não segue os moldes das ciências positivistas, uma vez que não se fundamenta na observação direta de fenômenos, mas na escuta e na interpretação do inconsciente. Trata-se de um método que se realiza essencialmente na clínica, a partir do material produzido no processo analítico. É nas interpretações dirigidas ao paciente que sentidos ocultos vêm à tona, promovendo deslocamentos subjetivos. Dessa forma, a pesquisa psicanalítica não busca comprovar hipóteses, simplesmente, mas acompanhar os efeitos de sentido que emergem no discurso, evidenciando a singularidade de cada sujeito (Herrmann, 2015).

Diferente da Psicologia Científica que propõe uma investigação objetiva, em que há uma separação entre o sujeito (investigador), e objeto (investigado), na Psicanálise não há essa separação, porque por meio da regra técnica fundamental da associação livre ocorrerá a transferência. Nogueira (2004), lembra que “o inconsciente não é um objeto, é uma hipótese

de trabalho - que se mostra muito útil - baseada nesses fenômenos que começaram a ser investigados através da relação de transferência que Freud estabeleceu com seus pacientes.” (p.88). Foi a partir disso, que Freud pode relatar seus cinco casos clínicos; porém, não se trata simplesmente de uma descrição dessas experiências que o autor teve com seus pacientes, mas antes, “uma construção, um recorte que Freud fez dos aspectos mais importantes dessa relação” (p.89), assim como faremos neste estudo com o caso Joaquim.

A pesquisa em psicanálise, portanto, origina-se da experiência clínica, fundamentando-se na metapsicologia, conceito que Freud (1915) definiu como a descrição dos processos psíquicos sob três perspectivas: dinâmica (conflito de forças pulsionais), tópica (distribuição em instâncias psíquicas) e econômica (circulação da energia psíquica). Assim, a formulação da metapsicologia está intrinsecamente ligada à experiência psicanalítica, tornando a clínica e a teoria metapsicológica indissociáveis (Menezes, 2016).

Para o desenvolvimento desta pesquisa, primeiro foi realizado um levantamento bibliográfico dos últimos 10 anos com as seguintes palavras-chave, combinadas de diferentes formas: psicose, delírio persecutório, erotomania, Schreber, psicose mista, paranoia, transferência e psicanálise. As buscas foram feitas nas bases: Pepsico, Scielo, BVS e nos repositórios da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), Universidade de São Paulo (USP), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), como também no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ).

Tivemos como critério de inclusão os artigos que tinham: base teórica da psicanálise freudiana e/ou lacaniana; as palavras-chave descritas. Assim, foram encontrados 14 artigos e 2 dissertações, dos quais utilizamos 6 artigos, por atenderem aos critérios de inclusão. Após a aprovação do projeto no Comitê de Ética e Pesquisa (CEP parecer nº 7.127.073 / ANEXO 1),

refizemos a pesquisa bibliográfica e incluímos o livro de Antonio Quinet “Teoria e clínica da psicose”.

Em seguida, a análise dos dados foi dividida em três etapas, todas alinhadas aos objetivos desta pesquisa. Primeiramente, realizamos uma leitura detalhada e aprofundada dos estudos relacionados ao tema, material obtido no levantamento bibliográfico, tanto como dos registros documentais das sessões transcritas para as supervisões semanais e que foram remetidos a textos de Freud sobre psicose. Em seguida, escolhemos com cuidado os trechos que mais nos tocaram e que melhor ilustravam os principais aspectos da paranoia e a complexidade da formação mista na psicose. Posteriormente, na terceira etapa procedemos a interpretação do material selecionado para o estudo, visando considerações finais.

Para levar a cabo esta proposta, dividimos este trabalho em 5 partes. Primeiro foi elaborada a história clínica de Joaquim, de modo a situar o leitor sobre os aspectos relevantes do caso, dando ênfase a duas cenas marcantes que ilustram a sua composição delirante, uma na infância e outra na adolescência, bem como articulações com o Caso Schreber, em que procuramos apresentar a paranoia. No segundo capítulo, foram destacados os principais pontos da teoria da psicose de Freud e Lacan, assim como a questão da psicose mista, na tentativa de demonstrar a passagem entre paranoia e esquizofrenia, em especial, nos momentos desestruturantes em que o paciente regride para o autoerotismo e depois se estabiliza na erotomania. Na sequência, foi trabalhada a evolução do tratamento demonstrando a melhora do paciente a partir de um laço transferencial que se deu através da erotomania. Para terminar, em considerações finais foi tratado o término de seu tratamento.

Convidamos o leitor a nos acompanhar pelos caminhos da psicose de Joaquim, que nos deu a oportunidade de escutá-lo, confiando a nós sua história de vida e posteriormente permitindo que realizássemos a escrita desse trabalho. Aqui estamos diante do sofrimento de

um sujeito que buscou pelas vias do delírio a estabilização de sua estrutura inerente, mas que nos deu abertura para ajudá-lo a percorrer por estradas menos tortuosas.

1. História Clínica

Joaquim é um homem de 34 anos, solteiro, mora com a mãe e uma meia-irmã mais velha, filha do primeiro casamento da mãe. Tem mais 3 meios-irmãos por parte do pai, que teve duas filhas de um relacionamento anterior ao casamento com a mãe e um filho fora desta união. Chega a clínica queixando-se de depressão, insônia e dificuldade de aprendizagem - *“É que eu sempre tive problemas. Depressão, insônia, muita insônia ... insônia... é... depressão... déficit de atenção também. Eu tenho muita dificuldade de aprender. Recentemente que eu fui perceber que as vezes coisas que pras outras pessoas é muito fácil pra elas de aprender pra mim é muito difícil.”*

Também se queixa de ouvir vozes que o mandam matar o pai, a mãe, a irmã e depois se matar. Essas vozes o perturbam cotidianamente, principalmente em momentos que considera de maior tristeza, como quando entra em conflitos com seus familiares, em especial, com o pai. Não consegue fazer com que elas cessem e para lidar com isso tenta se distrair com outras coisas, como, por exemplo, ouvir música ou assistir à televisão, mas esse modo de enfrentamento, via de regra, não funciona. Tem medo de um dia perder o controle e acabar acatando o comando das vozes.

Joaquim sempre teve dificuldades escolares e insucessos em vestibulares, apesar de ter um grande interesse pelos estudos. Em decorrência de não conseguir cursar uma faculdade, formou-se em um curso técnico, cujo o diploma não resultou em emprego. Atribui sua falta de oportunidades à aparência física e a percepção das pessoas de que havia algo de errado com ele. Além disso, sente que o seu fracasso no trabalho se decorre da ausência de indicações dos professores do curso técnico que não se afeiçoavam a ele; contudo, atrela esse fato, particularmente, ao pai. Joaquim o acusa, dizendo que ele poderia tê-lo ajudado a conseguir um

emprego, visto que teve sucesso profissional e tinha influência em muitos lugares na cidade; porém, ele escolhia ajudar e cuidar somente das meias-irmãs, deixando-o esquecido.

Diz que se sente preso a mãe, ao pai e a irmã, como se estivesse usando uma bola de chumbo no pé ou preso a uma camisa de força, bem como, igualmente, sente-se preso por depender dos pais e da irmã financeiramente e não conseguir realizar os seus sonhos por falta de dinheiro. “(...) *fico me sentindo preso. Que nem naqueles desenhos que aparece o personagem com uma corrente presa no pé e uma bola preta de ferro pesada que eles ficam puxando, sabe? Me sinto assim, preso que nem eles. E acho que isso influencia muito para que esses pensamentos apareçam.*”. Os pensamentos que menciona são as vozes que por vezes Joaquim não consegue distinguir se são pensamentos ou vozes que lhe falam no ouvido.

Depois de um certo tempo do casamento, os pais começaram a ter brigas constantes, o que levou à separação do casal, após um acidente vascular cerebral (AVC) sofrido pela mãe. Essa era a época da puberdade de Joaquim, período conflituoso para ele, pois vivia uma constante ameaça de separação, que tomou o teor de uma experiência traumática com o efeito patogênico de delírio de perseguição. Entretanto, ideias delirantes de perseguição e hipocondríacas já surgiam antes da separação.

O AVC da mãe ocorreu uma semana depois do seu aniversário de 12 anos. Ela ficou com sequelas, tornando-a dependente de cuidados. Desde então, Joaquim assumiu essa responsabilidade, afirmando cuidar dela desde pequeno e que sente por não ter tido uma mãe que cuidasse dele na infância. Diz que agora ele ocupa o lugar materno para a mãe, sendo ela a receptora dos cuidados que nunca chegou a dar para o filho. Joaquim se sente frustrado por isso, queria ter tido uma mãe que pudesse cuidar dele. Antes do AVC, passava pouco tempo com a mãe, já que por trabalhar na área da saúde ela fazia muitos plantões e não ficava muito em casa. Contudo, quando estava presente era muito atenciosa e cuidadosa. Joaquim passava mais tempo

com o pai que o levava sempre para sair em passeios pela cidade e assistiam a TV juntos. Tinha o pai como um super-herói.

O pai ficou para ele como o culpado pela separação. Joaquim relata que ele nunca foi um bom marido — não ajudava nas tarefas domésticas, traía a mãe e não a valorizava como ela merecia. Após o AVC, esses comportamentos se intensificaram: passou a trai-la com pessoas conhecidas por ela; saía de casa à noite e voltava somente depois de 2 dias; não ajudava com os cuidados da casa e da esposa. Diante desse cenário, a meia-irmã materna, que também morava com a família, decidiu sair de casa por não suportar mais a convivência com o padrasto, que naquele momento fazia sua mãe sofrer mais do que nunca. Ao comunicar sua decisão, o paciente e a mãe optaram por acompanhá-la, o que concretizou a separação. Desde então, Joaquim vive com a mãe e a irmã em um apartamento.

Depois desse acontecimento passa a ir à casa do pai com frequência: *“Meu pai foi morar em outro lugar e aí eu ia visitar ele. Sempre tava lá com ele e minha avó, mas era meio complicado. Minha avó eu acho que ela tinha problemas, eu não sei quais, mas acho que ela tinha alguma coisa sim. Ela tava sempre falando sozinha, xingava, xingava muito, era meio agressiva às vezes e o meu pai não tinha muita paciência com ela. Ele batia nela, empurrava, gritava e eu acho que isso me afetou, me deixou traumas.”*

O pai antes da separação já tinha esses comportamentos, mas nosso paciente só passa a percebê-lo assim quando seus pais não estão mais juntos. *“[...] achava que ele (o pai) era um super-herói e depois eu fui crescendo e percebendo quem ele era de verdade. [...] eu só achava que ele era um bom pai porque eu era criança. Criança tem disso, de ficar imaginando que os pais são bons [...]”*; *“[...]depois que eu cresci eu percebi que ele me humilhava, me **bolinava**¹,*

¹ Pensamos que o termo ‘bolinava’ seria uma flexão do verbo ‘bolinar’, que indica atos libidinosos; porém, quando questionado sobre o significado da palavra, Joaquim diz que a utiliza como um derivado do vocábulo *bullying*. Entretanto, é impossível não considerar o duplo sentido da palavra, já que, como veremos, a problemática de Joaquim gira em torno da recusa do amor homossexual.

*falava coisas ruins pra mim. [...] Ele só me chama de ‘chequinho’² desde pequeno [...]E esse apelido parece que ‘contaminou’, **todo mundo** me chamava por esse apelido que eu não gostava, e parece que pelo que dizem ele colocou esse apelido em mim até na má intenção[...]*”.

O pai agora o humilha e maltrata, propositalmente.

Joaquim se acredita vítima de perseguição, assim como Schreber (Freud, 1911/2010) com relação à Flechsig, seu médico, que de amado por tê-lo curado, passa a ser um ‘assassino de alma’ que conspira contra ele para transformar seu corpo em um corpo de mulher. Essa composição aparece também com a meia-irmã materna que ora cuida dele, o ajuda e se preocupa (tem uma boa relação com ela), ora lhe persegue, implica com o que ele gosta de fazer, não entende que ele gosta de reciclagem e acha que ele está catando lixo e que pega dinheiro dele. A irmã também é responsável pelo desfecho definitivo da separação dos pais, pois, embora a decisão de acompanhar a filha tenha sido da mãe, para Joaquim foi a irmã quem escolheu sair de casa, arrastando consigo ele e a mãe.

A realidade da separação abre o rasgo na relação de Joaquim com o mundo externo, o que o leva a fazer uma construção delirante da realidade, com a ideia de que os pais não foram bons para ele. As mulheres o rejeitam e humilham, aliás “todo o mundo”, inclusive o pai.

Ao estudar Schreber, Freud (1911/2010) diz que “o desejo-fantasia de *amar um homem* é o cerne do conflito na paranoia masculina,” (p.54). Compreende a paranoia como defesa contra a homossexualidade, contra a corrente homossexual da libido. Para o autor, “as principais formas conhecidas de paranoia possam, todas elas, ser apresentadas como contradições à frase: “*Eu (um homem) amo ele (um homem)*””, e que, na verdade, exaurem todas as maneiras possíveis em que tais contradições poderiam ser formuladas.” (p.54) Desse modo, a proposição

² Ao ser questionado sobre o apelido "chequinho", Joaquim relata que foi uma invenção do pai, que desde a separação lhe dá uma mesada, e é considerada por ele insuficiente. No entanto, o termo carrega um duplo sentido, já que "chequinho" também é uma gíria utilizada na comunidade gay para se referir à presença de fezes no pênis do parceiro durante o ato sexual.

‘eu (um homem) o amo (um homem)’ é contraditada por delírios de perseguição, na erotomania, por delírios de ciúme e na megalomania.

A projeção é um mecanismo princeps na formação de sintomas na paranoia. “[...] no delírio persecutório, [...] o que deveria ser sentido internamente como amor é percebido como ódio vindo do exterior” (Freud, 1911/2010, p.57). Assim, as percepções internas (sentimentos) são substituídas por percepções externas.

Nos delírios de perseguição, a proposição ‘eu (um homem) o amo’ é contraditada por ‘eu não o amo – eu o odeio’. Essa contradição que deve ter sido enunciada no inconsciente, não pode tornar-se consciente assim, para um paranoico. Desse modo a frase:

“Eu o odeio” se transforma, por projeção, nesta outra: “Ele me odeia (me persegue), o que então justifica que eu o odeie”. O sentimento inconsciente impulsor aparece como dedução de uma percepção externa: “EU NÃO O AMO – EU O ODEIO – PORQUE ELE ME PERSEGUE” A observação não deixa dúvida de que o perseguidor não é outro senão o que foi amado antes. (Freud, 1911/2010, p.54)

Assim como o pai de Schereber, depois Dr. Flechsig e depois Deus, o pai de Joaquim que foi dantes amado, torna-se o perseguidor. Em uma sessão, ele diz: “ah, *as vozes elas aparecem às vezes. Ontem eu tive uns pensamentos estranhos, ficava aparecendo assim pra mim ‘ah porque você não gosta daquele homem (seu vizinho de apartamento), ele é tão bonito’, mas assim, nada contra, eu não sou homofóbico, como diz naquela música ‘toda forma de amor é válida’, mas eu gosto de mulher, eu não gosto de homem, eu não sei porque essas coisas ficam aparecendo pra mim as vezes, eu não entendo, não entendo mesmo. Ai fica falando assim também que quando eu conseguir uma namorada a gente não vai se dar bem, que eu vou fazer mal pra ela ou que ela vai fazer mal pra mim. E eu não entendo, não sei porque eu penso isso. Ai eu tento lidar com elas do meu jeito, tento pensar em outras coisas. Mas fica aparecendo assim pra mim, pra eu gostar de homem,’ nossa como aquele homem é bonito’, e nada contra,*

mas eu gosto de mulher, eu não sinto vontade de ficar com homem, então não entendo porque essas coisas ficam aparecendo pra mim.”

Tais ideias delirantes nos remetem a Schreber na ideia de que, “deveria ser bom ser uma mulher submetendo-se ao coito” (Freud, 1911/2010, p.38).

O paciente nos conta duas cenas marcantes na sua história que articuladas à separação dos pais, compõe a gênese dos delírios de perseguição e erotomania: uma que antecede a separação – a primeira cena da festa junina, por volta dos 9 anos (final da primeira onda da eflorescência da sexualidade [Freud, 1905]); e outra, já adolescente (segunda onda da sexualidade), a segunda cena da festa junina.

1.1. Duas Cenas

Primeira Cena da festa junina

Joaquim tem por volta de 9 anos de idade, período conflituoso que antecedia a separação de seus pais, com brigas crescentes entre eles, vivendo uma ameaça constante de separação.

“Teve uma época nessa escola que ia ter festa junina e me colocaram para ser o noivo da festa e uma outra menina³ pra ser a minha noiva, e aí tinha os dias de ensaio pra gente dançar junto. No primeiro dia de ensaio ela não foi e as pessoas da escola foram atrás dela pra saber o porque ela não queria dançar comigo e ela disse que só não queria. Aí perguntaram de novo porque ela não queria e ela disse que não queria dançar comigo porque eu era feio[...] parece que depois que ela falou que não queria dançar comigo porque eu era feio isso contaminou todo mundo e todo lugar que eu ia conversar as pessoas começaram a me tratar assim. As mulheres sempre me desprezaram e me deixaram de lado, nunca tomei iniciativa

³ Note-se a expressão ‘outra menina’ que traz a ideia de que ele, o noivo da festa, também é uma menina.

de nada por isso. Isso aconteceu de novo depois quando eu tava no ensino médio”. Refere-se aqui a segunda cena da festa junina.

A cena da festa junina, em que se sentiu rejeitado pela menina (noiva) por ser considerado feio e desprezível, teve como efeito patogênico a gênese do delírio de perseguição. Todos o acham feio, o desprezam, humilham e maltratam; primeiro as mulheres e depois seu pai. Passa a ser vítima de *bullying* na escola: *“Os meninos da escola me batiam, me davam chutes nas partes íntimas e não foi só uma vez não viu? Foram várias vezes. Me batiam e davam chutes aqui nessa região (o paciente aponta para os seus órgãos genitais). Teve uma vez que eu tive que ir pro hospital porque ficou prejudicado mesmo, ficou feio a região. Eu acho que fui até escondido da minha irmã, não falei com ela. Mas não tenho certeza se fui escondido mesmo, até vou perguntar pra ela depois. Também teve uma vez que me deram um chute tão forte aqui (aponta para os seus órgãos genitais) que eu fiquei enjoado e vomitei, fiquei passando mal e as meninas ao invés de me ajudarem ficaram rindo de mim, fazendo chacota “a lá o Joaquim passando mal”, apontando e rindo de mim. E eu lá, cheio de dor, vomitando daquele jeito. As mulheres sempre foram assim, ficam me bolinando, me xingando, me tratando mal, por isso que eu tenho dificuldade de falar com elas hoje”*.

Destacamos que o paciente deve ter passado sim, por situações de humilhação na escola, mas não da forma como relata, já que parecem ter sofrido alterações da realidade. Note-se: como ele ainda criança poderia ir ao hospital escondido da irmã? Com 9, 10 anos ele teria sido levado por um adulto responsável da escola e que informaria o corrido a irmã e a família. E, o que poderia acontecer com ele caso a irmã soubesse do ocorrido? Para nós, essas lacunas na história indicam uma construção delirante.

Segunda Cena da festa junina

Essa cena reedita a cena anterior e Joaquim é rejeitado pela segunda vez, por uma menina que não quis dançar com ele, por ocasião de uma festa junina no período da adolescência.

Ao visitar a nova escola onde iria estudar, conheceu uma moça que estudava e trabalhava nesse espaço e por isso passou a vê-la cotidianamente - *“eu gostei muito dela, ela foi muito simpática comigo”*; *“ela trabalhava na secretaria, a gente conversou um pouquinho, aí eu adicionei ela no Orkut. Daí bem, quando eu adicionei ela, eu tinha **uns dias antes postado umas fotos do meu aniversário** [...] eu tava assim, tava feliz nas fotos que eu tinha postado e ela me mandou assim “nossa que lindo você está nessas fotos”. E nossa eu fiquei feliz demais. Nenhuma outra mulher na vida tinha me falado uma coisa dessas, que eu era bonito. Aí começamos a conversar, trocar scraps (troca de mensagens no Orkut).”*

Nessa época frequentava um centro espírita, onde relata tê-la encontrado um dia: *“eu tava lá nesse sábado e **chega uma menina assim me pedindo um abraço**, querendo me cumprimentar e eu não sabia quem era, não consegui identificar. Aí ela tava me pedindo esse abraço, me cumprimentando, e eu dei, né? **Cumprimentei ela**. E nossa, fulana (diz o nome da estagiária), que abraço gostoso. **Poucas vezes eu abracei uma mulher, elas nunca me cumprimentam assim, e foi um abraço tão bom, tão carinhoso, me senti muito bem**. Sai de lá depois tentando lembrar quem era ela. Aí depois eu lembrei fiquei **“ah, é a menina que me apresentaram na escola**. E aí a gente continuou conversando, ela sempre muito carinhosa comigo, como ninguém nunca foi. Aí as vezes eu via ela na escola, porque ela trabalhava lá, mas eu não conversava com ela porque ela tava trabalhando e eu não queria atrapalhar e também eu não sabia como lidar com uma mulher”*. Aqui é marcante seu desconhecimento da sexualidade adulta, já que vive sua sexualidade como uma criança.

Por que motivo o paciente não reconheceria a mulher com quem interagira na escola e trocava scraps pelo Orkut? Aqui abre-se a hipótese de que a mulher da escola e a mulher do centro espírita eram pessoas diferentes, mas ele vê a mesma mulher e interpreta seus movimentos como uma expressão de querer ser abraçada, portanto, de que ela o ama. Aqui é evidente a construção do delírio erotomaníaco. A libido homossexual é transformada em libido heterossexual, que é possível de ser suportada conscientemente, e projetada na figura da moça.

Novamente a proposição ‘*eu* (um homem) *o* amo’ é contraditada, mas por “‘*Eu não o amo — eu a amo.*’ E, em obediência à mesma necessidade de projeção, a proposição é transformada em: ‘*Eu noto que ela me ama.*’ ‘*Eu não o amo — eu a amo, porque ELA ME AMA.*’” (Freud, 1911/2010, pp. 54-55).

Calil e Terra (2005) colocam que a erotomania surge com o objetivo de satisfazer a procura por experiências de âmbito sexual ou para adaptar as dificuldades pessoais enfrentadas pela pessoa naquele momento. Dessa maneira, após a rejeição do objeto de amor o paciente passa a retalhá-lo e vigiá-lo, procurando também manter conversas que interpreta de forma delirante.

Joaquim conta: “*teve uma festa junina que eu sabia que ela (a moça da escola) iria e eu pensei “uai, já que ela vai eu também posso ir”, porque as vezes eu podia interagir com ela, falar com ela. Ai fui nessa festa, ela realmente tava lá, tava com os amigos. Ai fiquei de longe olhando, porque não tinha como abordar ela ali com tantos amigos ao redor dela, né? Ai fiquei de longe. Daí teve uma hora que ela foi dançar, dançar com uma amiga, tinha tantos homens lá, mas ela quis dançar com a amiga. Assim, as pessoas dizem que o certo é o homem conduzir, né? Mas ela preferiu dançar com a amiga. Ai ela dançando com a amiga e eu comecei a pensar “ah então uma boa forma de eu me aproximar dela e das mulheres é saber dançar”, porque assim eu poderia ter uma coisa pra conversar. Fiquei pensando nisso. Ai a festa chegou no final, acabou que eu não consegui conversar com ela e ai na hora de embora*

eu tava na calçada esperando um táxi pra ir pra casa, porque naquela época era táxi, ela me chega assim do meu lado e fala “Oi, Joaquim você ainda tá aqui?”, com um sorriso no rosto. Ai eu falei “Tô, tô sim”. Ai ela me cumprimentou, a gente conversou um pouco e ela logo foi embora porque parou um carro lá pra buscar ela e ela entrou nesse carro [...]”.

Após a festa junina, o paciente disse que continuou mantendo contato com essa moça, conversando pelos Scraps e encontrando-a em outros lugares. Algumas vezes se viram por acaso em um terminal de ônibus da cidade: *“eu tava no ônibus indo pra casa e vi ela na estação de ônibus conversando no telefone. Ai ela me viu deu um sorriso e colocou a língua pra fora assim (faz uma careta). Quando eu vi ela queria descer do ônibus só que não deu tempo. Ai eu desci na estação seguinte e peguei um ônibus de volta pra onde ela tava, mas quando cheguei lá ela já tinha ido embora”*; *“Depois disso a gente continuou conversando pelo Orkut, às vezes eu via ela nas sessões de desobsessão também [...] mas depois ela mudou de escola, parou de trabalhar lá onde eu estudava e a gente começou a conversar menos, depois ela colocou no Orkut um status de relacionamento e logo depois eu entrei em depressão, parei de responder ela porque eu não consegui, não tinha energia nem pra isso.”*

O paciente passa a fazer retaliação em seu discurso e a vigiar a moça pelas redes sociais. Conta de todos os eventos importantes que aconteceram ao longo da vida dela: quando entrou na faculdade, quando saiu, quando começou a namorar, quando mudou de cidade, quando o pai dela morreu.

Possivelmente os dois tiveram poucas trocas que foram interpretadas por ele de forma delirante, assim como alguns fatos da realidade sofreram distorções para compor a construção do delírio erotomaniaco. A isso, soma-se o momento difícil que estava passando, na necessidade de satisfazer-se no âmbito sexual, como mostram Calil e Terra (2005), visto que nessa época já era adolescente e não havia tido nenhuma experiência amorosa. Na verdade, ele nunca nem beijou uma mulher.

Agora na adolescência, esse episódio é vivido por ele como uma reedição da rejeição da menina na infância, já que a moça teria preferido outro homem. Observa-se, assim, que nas duas cenas centrais aqui apresentadas — uma na infância e outra na adolescência — Joaquim vivencia a rejeição por parte das mulheres que ama. Essa repetição parece se articular à figura materna, possivelmente percebida por ele como uma mulher que o amava, mas que, ao mesmo tempo, não gostava dele o suficiente, já que trabalhava excessivamente e passava pouco tempo ao seu lado. De certa forma ela o rejeitava.

Como mostra Freud (1911/2010), o paranoico percebe o mundo externo e leva em consideração quaisquer alterações que possam acontecer, o que o estimula a inventar suas próprias teorias. Dessa forma, o autor afirma que essas alterações feitas pelos paranoicos em relação ao mundo são explicadas parcialmente ou totalmente pela perda de seu interesse libidinal.

Essa formação parece ter ocorrido ao longo de todo o ensino médio, momento em que Joaquim começou a ser acometido pelas vozes de comando e a apresentar uma tristeza profunda, além de dores intensas pelo corpo, que foram investigadas por médicos e não tiveram comprovação de nada da ordem do orgânico, podendo ser caracterizada ilusões sensoriais. A jovem surgiu em sua vida pouco antes do início do acompanhamento psicológico e psiquiátrico, mas, ao que tudo indica, mesmo antes de receber ajuda profissional, Joaquim conseguiu encontrar um ponto de estabilização psíquica, por meio da erotomania, que possibilitou, no seu delírio, que ele tivesse um relacionamento amoroso na adolescência. Posteriormente, na transferência, sua psicoterapeuta (estagiária), passará a ocupar também o lugar da mulher que o ama, ajudando-o assim, a estabilizar-se em seu delírio. Retomaremos este aspecto na evolução do tratamento.

2. Um recorte da teoria da psicose na psicanálise

A psicose se estrutura a partir do mecanismo da recusa (*Verwerfung*) da castração. A recusa da percepção da realidade das diferenças anatômicas entre os sexos implica na não inscrição psíquica da diferença (alteridade), o que resultará em toda recusa posterior da realidade. O mecanismo da recusa obstrui a ação do recalque, o que impossibilita a simbolização da realidade. Para Freud (1915), o recalque (*Verdrängung*) é um elemento estrutural do psiquismo a partir do recalque originário. Como consequência desse processo, instaura-se uma perturbação na relação entre o Eu e o mundo externo, produzindo uma fissura que compromete a capacidade do sujeito psicótico de apreender a realidade, favorecendo a emergência do delírio como um remendo, uma tentativa de reconstrução dessa relação rompida. (Freud, 1924/2010).

Essa é a primeira etapa da psicose, para Freud (1924/2010, p.217), que “primeiro arrancaria o Eu da realidade (...) enquanto o segundo tenderia a corrigir o dano e restabeleceria a relação com a realidade à custa do Eu.”. Desse modo, “o segundo estágio da psicose visa também compensar a perda da realidade, mas não à custa de uma restrição do Id - como, na neurose, à custa da relação com o real -, e sim por uma via mais autônoma, pela criação de uma nova realidade, que não desperte a mesma objeção que aquela abandonada.” (p.217).

Freud (1924/2010) diz:

Na amênia, não só é excluído o acolhimento de novas percepções, mas também é retirado o significado (investimento) do mundo interior, que até então representava mundo exterior, como sua cópia; autonomamente o Eu cria um novo mundo exterior e interior, e não há dúvida quanto a dois fatos: de que esse novo mundo é edificado conforme os impulsos de desejo do Id, e de que o motivo dessa ruptura com o mundo exterior é uma difícil, aparentemente intolerável frustração do desejo por parte da realidade. (pp.179 - 180)

Sobre a psicose, Lacan diz que nessa estrutura acontece a rejeição de um significante primordial e primitivo que implica na falha da apreensão da realidade. A esse mecanismo que ordena o registro do simbólico Lacan nomeia como forclusão (*Verwerfung*). Este situa-se no exterior do sujeito e por isso evoca delírios e alucinações (Lacan, 1955-1956). Nas psicoses, a criança, na triangulação edípica, não consegue suportar a realidade de castração, assim a recusa e ela retorna na via do real como forma de remendo da realidade numa tentativa de cura, ou seja, a teoria de Lacan assemelha-se a de Freud.

Consoante a essa perspectiva, Freud no texto “Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia (*dementia paranoides*)” de 1911, em que analisa o relato da autobiografia do juiz Daniel Paul Schreber, que compreendeu como um caso de paranoia, teoriza que o cerne do desenvolvimento do sofrimento dele se deriva de um desejo homossexual que não pôde ser tolerado por seu psiquismo e pela via da rejeição da sua própria homossexualidade se torna paranoico como forma de defender-se de seu próprio desejo. Em função disso se apresenta no inconsciente de Schreber a seguinte proposição “*eu (um homem) o amo (outro homem)*” que é contraditada por um delírio de perseguição, mecanismo da paranoia, “*eu não o amo = Eu o odeio, porque ele me persegue*”. Mesmo mecanismo que ocorre com Joaquim, como apontamos na história clínica, na luta contra seu desejo por outro homem (seu pai).

Lacan, discorrendo sobre a paranoia, aponta que o sujeito paranoico é tomado pelo sentido do seu imaginário. Assim, por falta da simbolização em decorrência da forclusão, ele não percebe o duplo sentido do simbólico e é invadido pelo não sentido do real e por essa razão acaba dando sentido aos significantes que o cercam, sendo tomado pelo registro do imaginário (Quinet 2002 como citado em Calado 2016). Segundo Calado (2016) “*O que se evidencia na paranoia é o centramento do sujeito, tomado pelos olhares e pelas vozes do Outro vigilante [...] O Outro do paranoico goza, julga, persegue. Ele é o centro de todo amor ou de todo o ódio*

do Outro” (p.103), assim como Joaquim que é vítima da perseguição de todo mundo.

Na psicose paranoica o sujeito é tomado por alucinações e/ou delírios formados a partir de uma síntese psíquica, que para ele são percebidos como algo do mundo externo, da ordem do real. A partir da noção de tensão das relações sociais que Lacan desenvolve em sua tese de doutorado sobre a personalidade, o psicanalista formula sua teoria de que nos paranoicos os delírios de perseguição seriam advindos de conflitos entre o Eu e o Supereu freudianos, pois o último é formado de representações ideais do Eu introjetadas. Dessa maneira, o seu perseguidor é também o seu tipo ideal (Negreiros, 2021).

Com base no que foi exposto, compreende-se que tanto em Freud quanto em Lacan, o objeto que em algum momento foi alvo de amor é posteriormente introjetado e retorna do real sob a forma de perseguidor no delírio paranoico. Esse objeto amoroso é inicialmente investido por uma libido homossexual, que acaba sendo recusada diante da impossibilidade, por parte do sujeito, de aceitar psiquicamente essa condição em si mesmo.

O desencadeamento da psicose em Schreber acontece por causa de uma dissintonia entre a consciência heterossexual e o inconsciente homossexual. A recusa dos seus interesses acontece em decorrência do conservadorismo da época e tem como consequência do repúdio as suas tendências homossexuais, a psicose e o delírio que faz uma tentativa de retomar a saúde mental. Nesse psiquismo atua como mecanismo de defesa a projeção, isso significa que tudo que acontece na vida do sujeito e é recusado por ele e volta pela via do real (Oliveira, et al. 2020). A partir disso, Oliveira et. al. (2020) apontam que em Schreber as manifestações mais presentes em sua paranoia são o delírio persecutório e a erotomania; porém, também apresenta em sua constituição um tipo de psicose mista, assim como em Joaquim.

Antes de tratarmos da psicose mista, queremos dar relevo para o apontamento de Freud (1911), de que não é o delírio persecutório que se evidencia de primeira, pois a paranoia é um distúrbio que não deixa clara a sua etiologia sexual e por isso o que a evidência, especialmente

em sujeitos do sexo masculino, são as humilhações e as desconsiderações sociais. São justamente essas características que ficam evidentes em Joaquim nas primeiras entrevistas. Ele conta que sofreu *bullying* na escola durante a sua infância, que os meninos batiam nele e o humilhavam, assim como as meninas presenciavam a cena, riam dele e não faziam nada por ele. Contudo, o que lhe fica marcado com intensidade é a rejeição na festa junina da infância. No entremeio dessas histórias o seu pai aparece e vamos notando que essa figura para o paciente é fonte de muito amor, mas também o persegue.

Posteriormente, seus delírios persecutórios vão se dirigindo para outras pessoas, como por exemplo, um professor que lhe dava aulas de música. Joaquim afirmava que seu professor não gostava dele e que, por isso, não se empenhava em ensiná-lo adequadamente. Em contraste, dizia que com as meninas da turma o docente era sempre simpático e acolhedor – cena que nos remete a sua relação com seu pai quando o acusa de que não gosta dele e prefere suas meias-irmãs; dá tudo a elas, cuida delas, dá carinho, dinheiro e não faz nada disso para ele. Outro exemplo, é o dono do mercadinho próximo de sua casa, o qual frequenta há anos e, que provavelmente trata bem Joaquim, como outras pessoas no bairro que o conhecem desde pequenino. Ao olhar as prateleiras, porque pretendia comprar alguma coisa, o comerciante se aproxima e pergunta se ele precisa de ajuda, ao que Joaquim interpreta como ameaça, dizendo que o dono do local parecia achar que ele estava roubando algum produto. Sente-se humilhado por isso.

2.1. Psicose mista

Mostramos que tanto na paranoia de Schreber como na de Joaquim, além dos delírios de perseguição e erotomania, há alucinações auditivas e visuais e alterações corporais e sensoriais, que são compreendidas como sintomas esquizofrênicos. Como é possível que uma personalidade vagueie tanto na paranoia como na esquizofrenia?

Freud não se aprofunda nesse tema, porém faz uma diferenciação entre paranoia e esquizofrenia, dizendo que a primeira faria retorno ao narcisismo enquanto a segunda retornaria ao autoerotismo infantil, ressaltando que é possível que ambas coexistam em um mesmo sujeito. Lacan, por outro lado, discorre mais profundamente sobre isso e teoriza que a passagem de uma para outra é possível pela falta de barreira ao gozo (Quinet, 2006). Para tratar da psicose mista, utilizaremos como base teórica o livro “Teoria e clínica da psicose”, de Antônio Quinet (2006), pois encontramos nele uma boa base teórica lacaniana interligada ao caso Schreber para falar sobre esse tipo de estruturação psíquica.

O sujeito psicótico não é castrado e por isso é inscrito na linguagem de maneira diferente do que ocorre na estrutura neurótica. Os neuróticos, por serem castrados, quando passam pelo complexo de Édipo simbolizam a mãe como um ser separado de si e passam a ser faltantes, são castrados do Outro, esvaziados de gozo. Assim: *“Para o neurótico o Outro é um “deserto de gozo”: o Outro não goza pode ser barrado pelo significante da castração, o que permite Lacan afirmar que o Outro não existe. Isto não ocorre na psicose. Pode-se escrever que o Outro para o psicótico não é barrado — o Outro goza.* (Quinet, 2006, p.108; grifos nossos)”.

Por causa da forclusão do Nome-do-Pai, o sujeito permanece em um estado primitivo em relação a sua própria imagem, pois é necessário passar pela prova do complexo de Édipo para tomar posse do seu próprio corpo. Acontece que para que essa imagem seja construída inteiramente, é preciso que o sujeito passe pelo estádio do espelho, onde a imagem do Outro serve como uma forma ortopédica para união do próprio eu do sujeito e forma a imagem de corpo unificado. Então, é por meio do complexo de Édipo e de castração que o sujeito simbolizara o próprio corpo como um todo e por sua vez fará inscrição desse corpo na linguagem, ou seja, é nesse momento que acontece a separação do eu desse Outro que empresta sua imagem (Quinet, 2006).

Na paranoia o Outro é sentido como um invasor, pois não é barrado pelo sujeito porque lhe falta a castração. O Outro não está separado, está incluído. Como o paranoico fica retido no estágio do espelho, o gozo fica incluído no Outro como alteridade e se posiciona diante desse como objeto de gozo. Na esquizofrenia, o Outro não existe pois houve o abandono completo do amor objetual, está despedaçado e por isso o gozo retorna sobre o seu próprio corpo. Essa ideia leva então a teoria de que a esquizofrenia somente é esquizofrenia por falta de paranoia, o que significa dizer que falta a esse sujeito a imagem de um Outro que é da ordem do estágio do espelho (Quinet, 2006).

Diante disso, *“Nessas duas formas de psicose o que encontramos em comum, e o que é mais importante, é que não existe barreira ao gozo do Outro, seja enquanto corpo, seja enquanto um Outro personificado. Essa característica comum torna possível a passagem de uma para outra, entre paranóia e esquizofrenia fazendo surgir na clínica formas mistas, a exemplo do caso de Schreber[...]”* (Quinet, 2006 p.116; grifos nossos). E também no caso de Joaquim.

É a partir da simbolização do falo que é possível encontrar a função do pênis e posteriormente de todos os outros órgãos. Assim, o que fica é um corpo despedaçado, que não habita a linguagem por ser foracluído dessa, mas é habitado e despedaçado por ela, fazendo encontrarmos na clínica casos em que os pacientes apresentam despedaçamento do corpo, transformações corporais, disjunção dos membros, dores múltiplas etc. (Quinet, 2006). Assim como os sintomas de Joaquim, de disfunção do órgão genital (dizia não sentir o sangue correndo em seu pênis, e por isso ele não funcionava adequadamente), das dores corporais intensas (abdominais e de cabeça), do despedaçamento do corpo, certamente advinham do desconhecimento em relação ao seu próprio corpo por falta da simbolização do falo. Nestes sintomas, aliados às alucinações auditivas e visuais, interpretamos o retorno a Esquizofrenia, a regressão ao estado autoerótico, marcante em momentos mais desestruturados de sua vida,

como depois da desilusão amorosa com a moça da escola, quando ela escolhe outro homem e não ele.

Durante o tratamento, percebemos passagens entre a paranoia e a esquizofrenia, em que essa última fica mais evidente quando o paciente se encontra fragilizado e deprimido. Se faz presente principalmente quando surge alguma queixa expressiva que se liga ao pai, a mãe e a irmã, como brigas, ou quando deixa de frequentar lugares que o deixam feliz, como a terapia, as aulas de música e os brechós. Assim aparecem os sintomas do corpo despedaçado: dores fortes no corpo, fraqueza, caroços no pescoço e na cabeça, insônia, dificuldade de controlar o próprio pênis e vozes de comando surgem com maior frequência. Apresenta falas como: *“Ontem eu estava no ônibus e me veio pensamentos “tira a roupa, fica pelado e se masturba”. Eu estava dentro do ônibus e me veio essas coisas na cabeça. Eu não aguento mais isso (diz o nome da estagiária) [...] As vezes me vem assim na cabeça como se fosse uma voz sussurrando no meu ouvido “vai mata a sua mãe, tira a roupa na rua e se masturba”. Ou então são pensamentos e assim que vem, mas às vezes são vozes. Eu não aguento mais isso (diz nome da estagiária)., eu queria fazer um tratamento pra fazer essas coisas pararem, eu não gosto de pensar essas coisas, eu fico muito mal, me sinto muito mal, minha cabeça dói, meu corpo dói.”*

As vozes que aparecem para o esquizofrênico podem conter ou não significados (Quinet, 2006). Por estar localizado fora da linguagem, ou seja, foracluído, no sujeito psicótico a estrutura psíquica é desorganizada, com quebra na cadeia de significantes. Desse modo, para nós, as vozes de Joaquim apresentam sentidos e que fazem alusão ao Outro que o invade. Como também na sua paranoia, o Outro não fica separado de si. Fica junto, entrelaçado, indiferenciado. Isso não permite que seu desenvolvimento psicosssexual siga adiante e permanece na sexualidade infantil.

Joaquim fica então ligado aos ‘seus Outros’: a mãe, o pai e a irmã. É por isso que sente-se preso a eles e faz o comparativo de que é como se estivesse com uma bola de chumbo nos

pés, com uma camisa de força ou com algemas que o mantém preso. As vozes comandam que mate o pai, a mãe e a irmã como forma de se libertar, de tentar se separar. Essa hipótese nos parece coerente principalmente porque, ao longo do tratamento, conforme Joaquim começou a construir uma noção de si mesmo e do Outro, ainda que de forma sutil, as vozes se atenuaram e passaram a aparecer somente nesses momentos desestruturantes e regressivos, em que a esquizofrenia fica mais evidente. No próximo tópico falaremos da transferência do paciente com sua terapeuta que possibilitou naquele momento a estabilização do seu delírio.

3. Evolução do tratamento

A partir da sua clínica das psicoses, Lacan observa que é possível estabelecer uma transferência com o psicótico, mas o analista precisará em seu manejo clínico utilizar a transferência para percorrer o caminho da libido até chegar ao início do sintoma primordial, que é a forclusão. Assim, afirma que a inversão da libido ao Eu do psicótico marca um limite para o acontecimento da relação transferencial, mas não é um impedimento para que ela aconteça, mas que é diferente da neurose (Matana e Lensen, 2021).

Partindo dessa ideia o terapeuta irá ocupar duas posições: testemunha e orientador do gozo. Na primeira posição o analista se coloca no lugar de não saber, não gozar e por isso apresenta em sua constituição um vazio que será depositário de toda a vivência desse sujeito. Na segunda, pensando nas suas particularidades, direciona o gozo do paciente no sentido da melhora (Maciel, 2008 como citado em Matana e Lensen, 2021). Nesse sentido, para Quinet (2006):

“implica a produção de uma suplência da metáfora paterna, operação que não se realizou, e corresponde a uma transladação do gozo do corpo para um gozo localizado num Outro subjetivado, em alteridade em relação ao próprio sujeito. A partir daí, podemos evocar a *“questão da transferência, em geral na psicose e em particular na esquizofrenia, no sentido em que a emergência da transferência implica uma paranoização. O analista aparece, então, como um Outro de uma das formas da paranoia: como perseguidor, objeto da erotomania ou alguém que trai o sujeito...”* (p.116; grifos nossos).

O laço transferencial acontece pela via da erotomania como consequência da estrutura e da lógica do vínculo entre o paciente e o analista. O problema da transferência na psicose, motivo da não recomendação da psicanálise para os psicóticos na teoria freudiana, seria pela potência que a transferência tem de desencadear a psicose, mas para Lacan esse fenômeno na verdade acontece quando o sujeito é invadido pelo gozo (Santos, et. al. 2024).

Portanto, a direção do tratamento precisa ser pensada de modo que o sujeito na relação não se sinta invadido e para que isso não aconteça é necessário que o analista paute a sua conduta diante de um não saber, escutando o psicótico a partir somente do que ele tem a dizer. Ocupando essa condição de não saber, o terapeuta estabelece a condição de não intrusão nesse sujeito, retirando de cena as grandes probabilidades de se estabelecer uma relação intrusiva/persecutória com esse paciente (Lacan, 1955-1956).

No entanto, essa posição é desafiadora, porque, segundo Beneti (Mendes 2005, como citado em Santos, et. al. 2024), o psicótico procura durante o seu tratamento fazer com que seu analista ocupe a posição de Outro absoluto, o que significa dizer que propõe a esse o seu gozo. Porém, para evitar que se transforme em perseguidor desse indivíduo, o analista precisa recusar esse lugar e fazer intervenções apenas diante de uma posição subjetiva, pois se a ela ocupa, o sujeito psicótico passa a frente a posição de objeto perseguido. Diante dessa ideia, Lacan (1955-1956) diz que o analista deve ocupar o lugar de secretário do alienado e orientador do gozo desse sujeito que ocupa a posição de objeto do Outro. Sobre isso, Santos et. al. (2024), diz que:

O psicótico apresenta ao analista seu testemunho, sua relação penosa com o Outro que o invade, as construções a respeito de suas experiências, sua condição de objeto perante o Outro. O analista, por sua vez, acolhe o testemunho do psicótico, sem qualquer juízo de valor ou de saber, disponibilizando-lhe um espaço de escuta, onde ele possa construir um Outro mais moderado e seja capaz de se reconhecer e se localizar perante este; mais do que apenas presenciar ou “testemunhar” o testemunho do psicótico, o analista deve acolhê-lo, ajudá-lo a construir um sentido para sua fala. Esta é a dinâmica: testemunho do psicótico e acolhimento do analista. (p.7).

Já enquanto orientador do gozo, o analista se apresenta como um secretário que se opõe às condições mortíferas de seu locutor, fazendo então limite ao gozo que invade esse sujeito. “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, 2006 p.132)

Consoante a este preâmbulo, podemos discorrer sobre a evolução do tratamento de Joaquim a partir da transferência. O paciente chega na clínica muito deprimido, com a fala prolixa e desorganizada, fazendo pouco contato visual, utilizando máscara PFF2 e se queixando de depressão, dores no corpo e dificuldade de aprendizado. Nas primeiras sessões solicitava constantemente que eu direcionasse o seu discurso, perguntando o que eu gostaria de saber sobre a sua vida. Todavia, era sempre lembrado que a sessão era sua e que ele poderia discorrer sobre o assunto que quisesse e como quisesse, que não era necessário se preocupar se aquilo que dizia fazia ou não sentido, pois trabalharíamos juntos a partir daquilo que ele escolhesse falar naquele momento.

Na contratransferência ainda me sentia confusa em relação a ele e me parecia que estava tentando conquistar um tipo de afeto amoroso por causa dos elogios constantes e dos poucos olhares atravessadores que me lançava junto aos elogios. Foi pensando nesses aspectos e costurando as histórias da vida de Joaquim, contadas anteriormente, que chegamos à hipótese diagnóstica de que ele apresentava uma estrutura de personalidade muito semelhante à de Schreber e passamos a conduzir o tratamento com muita cautela pensando na paranoia.

No início do tratamento o paciente estabelecia uma relação simbiótica com a mãe. Não saía de casa e quando saía precisava retornar o mais rápido possível, porque em seu imaginário, a mãe precisava de seus cuidados e a deixar em casa sozinha era sentido por ele como um ato de negligência. Sua mãe realmente precisava de cuidados por causa das sequelas do AVC, mas ele agia como se não pudesse ir ao mercadinho na esquina. Joaquim ia a terapia toda semana, duas vezes; não faltava as sessões sem que realmente tivesse um motivo, mas todas as vezes ficava atormentado com a ideia de deixar a mãe em casa sozinha.

Acabamos descobrindo que a mãe tinha perdido alguns movimentos do corpo e portava dificuldades na fala, por isso precisava de ajuda para comer, ir ao banheiro e trocar de posição. Entretanto, em conversas que tive com a irmã para inclui-la no tratamento de Joaquim, nos contou que trabalhava a poucos minutos de sua casa e que conseguia ir algumas vezes, por dia, em casa ver como estava a mãe, sendo a responsável pelo banho e por preparar as refeições.

Portanto, o paciente não precisava ser acometido dessa preocupação constante. Acontece que Joaquim nunca se diferenciou da sua mãe, ficou ligado a ela. Por não ter conseguido se separar, utiliza-se da prerrogativa de que a sua mãe necessita de cuidados para não se desvincular, pois gera nele muito sofrimento se afastar dela. Por resistir a sair de casa e deixá-la, manteve resistência para inserir-se no CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) porque passaria mais tempo fora de casa e teria que lidar com a angústia que sentia.

Durante o tratamento, nosso paciente foi encaminhado ao CAPS de sua região de moradia, para que fizesse acompanhamento psiquiátrico, o que foi fundamental para a evolução do caso. Frequentou o espaço por volta de 6 meses, participando de atividades terapêuticas propostas pela psicóloga, com quem tivemos reuniões para realizar um trabalho multidisciplinar e interinstitucional que foram de grande valia.

Quando chegou ao CENPS fazia uso de Clomipramina, prescrita por uma clínica geral, com o intuito de diminuir ou cessar os sintomas psicóticos, como as vozes de comando. Porém, queixava-se de que os remédios lhe faziam muito mal causando efeitos colaterais como desânimo e disfunções genitais (falta de controle inibitório das excreções urinárias e disfunção erétil). No CAPS, a dosagem do medicamento foi aumentada, contudo, sem melhora dos sintomas, o que levou à troca por Sertralina, e intensificou suas queixas, incluindo coceiras, caroços pelo corpo, dores de cabeça e no estômago. Ele insistiu muito em ter nova consulta com o psiquiatra para mudar seu remédio e passou a tomar Deller, o que diminuiu os sintomas,

mas Joaquim continuava atribuindo os incômodos à medicação. Ao longo do tratamento entendemos que esses sintomas eram derivados da esquizofrenia.

Dessa forma, na direção do tratamento do paciente, percebemos que em muitos momentos os seus delírios ficavam estabilizados e o mundo lhe parecia menos perseguidor. A passagem da esquizofrenia para a paranoia, com o alcance da estabilização do quadro, foi possível ser alcançada a partir da transferência, na erotomania, que nos deu a possibilidade de ajudar Joaquim a perceber, por vezes, o que era dele e o que era do Outro, fazendo barreira àqueles que o invadiam.

A seguinte passagem ilustra a erotomania na transferência.

Joaquim conta de um vizinho que encontra no hall de seu prédio e o cumprimenta dizendo: “*Bom dia, bebê!*”. Fala que achou engraçada a forma como o homem se dirigiu a ele, porque não esperava que um homem que ouve músicas de rock pesadas, briga com as pessoas e é segurança usaria essa palavra “*bebê*”.

Depois desse encontro no prédio, Joaquim passou a me chamar também de bebê. Nessa altura do tratamento, já havíamos estabelecido uma boa transferência e eu ocupava para ele a posição de objeto de amor. Quando questiono porque tinha passado a me chamar dessa forma ele diz: “*bebê é um jeito carinhoso que chamo até a minha mãe. Ela não gosta, diz que tenho que chamar ela de mamãe. Aí falo assim pra ela “ai mãe, é só brincadeira”, mas chamo ela de mãe mesmo. Tem até aquela música do Jorge e Mateus né que é assim ‘Acordei de manhã só pra te ver, bom dia bebê, te amo meu bebê’. Então é só uma forma carinhosa mesmo de chamar as pessoas.*”

Lembremos que a proposição ‘eu (um homem) o amo (um homem)’ é contraditada na erotomania, em que há uma percepção externa de ser amado. ‘Eu não o amo — eu a amo, porque ela me ama.’ “A proposição intermediária, “Eu amo ela”, pode também tornar-se consciente, porque sua contradição à primeira frase não é frontal, não é tão insuportável como

aquela entre amar e odiar. É sempre possível amar a *ela*, além de a *ele*.” (Freud, 1911/2010, p.46; grifos do autor)

Para mim, um dos maiores indícios da sua melhora foram as primeiras saídas de casa sem o desespero para retornar imediatamente. Primeiro, foi na ida as sessões semanais que tinha comigo; depois, quando passou a pegar ônibus com trajetórias mais longas para conhecer a cidade, o que lhe dava alegria e prazer.

A partir daí, começou a sair de casa com mais frequência para fazer caminhadas e para reciclar objetos (roupas, sapatos, eletrônicos, etc.) que ele considerava que poderiam ser doados para pessoas necessitadas. O material que separava, levava a centros espíritas que tinham bazares beneficentes. Passou a ir nesses eventos como voluntário e me contava com felicidade sobre como era prazeroso fazer parte e conversar com as pessoas que estavam lá. Para ele, a reciclagem representava uma maneira de aplicar, na prática, os conhecimentos adquiridos durante o curso técnico que realizou voltado para a área ambiental.

Começou a ir em outros bazares também como visitante e passava horas olhando o que tinha à disposição para comprar, mesmo que estivesse sem dinheiro e não pudesse comprar nada que ali estava sendo ofertado, ia apenas pelo prazer de estar presente naquele espaço. As aulas de música ficaram mais prazerosas, embora realmente tivesse dificuldade de aprender, as pessoas passaram a ser mais convidativas e tinha longas conversas de todos os tipos com quem se encontrava à disposição para bater um papo.

Ao final do tratamento já não usava mais a máscara PFF2 no rosto e me olhava nos olhos com frequência; a fala parecia menos desorganizada e o corpo foi deixando de ser fonte de tanto sofrimento. Com o tempo a vida foi ficando mais leve, mesmo que em alguns momentos se sentisse perseguido, as vozes voltassem e o corpo se despedaçasse. Tenho certeza de que essa evolução foi possível em decorrência do nosso laço transferencial que me deu margem para construir junto a ele barreiras ao gozo do Outro que o invadia, ajudando-o a se separar e a percorrer os caminhos que queria sem a camisa de força e a bola de chumbo no pé.

Considerações finais

No presente trabalho procuramos ilustrar, por meio do caso Joaquim uma forma mista de psicose, com alucinações e delírios de perseguição e erotomania, a semelhança do “Caso Schreber” de Freud. Trabalhamos suas construções delirantes e a passagem da esquizofrenia para a paranoia, além da evolução do tratamento, por meio da transferência na erotomania. Em cada capítulo até aqui fomos aos poucos utilizando recortes da vida de Joaquim que foram escolhidos com a prerrogativa de passar ao leitor como pensamos a construção do caso clínico não só para a escrita do trabalho, mas também para a evolução do tratamento.

Diante de todo o exposto percebemos como a operação da função paterna é importante para a construção de um sujeito e os prejuízos que sua falha pode ocasionar. Sendo assim, o caso Joaquim nos é interessante pela formação da sua psicose mista como resposta à forclusão do Nome-do-Pai. O estudo desse psiquismo nos possibilitou entender como é possível que esse tipo de estrutura se construa e nos ajudar a identificar com maior facilidade casos semelhantes a esse para melhor direcionamento do tratamento daqueles que procuram nossas clínicas, visto que poucos casos semelhantes a esse são efetivamente publicados na literatura científica.

Para finalizar esse trabalho, vamos falar sobre o final do tratamento com Joaquim. Desde o início o laço transferencial com o paciente foi estabelecido de forma positiva, apesar de enfrentar dificuldades em alguns momentos na condução do tratamento. Joaquim desde o início se mostrou afeiçoado a mim e ao CENPS, onde já havia sido atendido anteriormente por outra estagiária, o que facilitou para que eu pudesse ocupar para ele uma posição de objeto de amor na transferência. Ele ficou em tratamento comigo por 1 ano e 3 meses, com dois encontros semanais.

Joaquim foi meu primeiro paciente e me deu a possibilidade de aprender sobre a escuta psicanalítica, pela primeira vez, de um jeito que eu jamais poderia ter imaginado. Todos os atendimentos ficaram marcados em mim de maneira muito afetuosa, mesmo que tenha saído de

vários atendimentos arrasada e me sentindo incompetente por não ter conseguido fazer o que eu acreditava que deveria ter sido feito naquele momento (de outros saia muito feliz e contente com o meu trabalho quando via os pequenos resquícios de melhora). Foram inúmeros atendimentos, horas de supervisões e estudos pensando na evolução do tratamento de Joaquim. Com ele eu aprendi o que significa o trabalho de uma psicóloga clínica e as transformações que podemos fazer através de uma relação terapêutica analítica.

Chegando nos últimos meses de atendimento comecei a trabalhar com o paciente o término do nosso trabalho junto, pensando nos efeitos que isso poderia lhe ocasionar visto a dificuldade que tem de se separar. No último mês, após o projeto de pesquisa já ter sido aprovado, pedi permissão ao paciente para escrever sobre esse estudo de caso. Joaquim se sentiu honrado por ter sido escolhido por mim para ser tema do meu Trabalho de Conclusão de Curso e assinou prontamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Nesse período, o paciente foi informado que seguiria sendo atendido na clínica por outra estagiária, mas que os atendimentos começariam somente dali a dois meses após o término do meu estágio. No último dia essa informação foi enfatizada e lhe disse que durante esse tempo sem atendimentos, se ele precisasse, poderia recorrer a mim para marcar um atendimento de emergência, o que de fato aconteceu. Tentamos marcar, porém, a sessão não aconteceu por incompatibilidade de horários.

Atualmente, Joaquim segue sendo atendido no CENPS por uma estagiária, que acompanhou o caso comigo em supervisões durante um semestre inteiro, sob supervisão da mesma professora que me acompanhou do início ao final do tratamento.

Referências

- Calado, P. R. (2016). Sobre o delírio na psicose: a relação com o Grande Outro na paranoia e na esquizofrenia. *Stylus (Rio de Janeiro)*, (32), 99-107. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-157X2016000100010&lng=pt&tlng=pt
- Calil, L. C. & Terra, J. R. (2005). Síndrome de De Clèrambault: segundo relato de caso em português. *Rev. psiquiatri. Rio GD Sul*, 27(1), pp. 82-84. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082005000100010>
- Freud, S. (1905/2016).** Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In S. Freud (Ed.), *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade: Análise fragmentária de uma histeria ("o caso Dora") e outros textos (1901–1905)* (1ª ed., Vol. 6, pp. 13–172). Companhia das Letras.
- Freud, S. (1911/2010). Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia (*dementia paranoides*) relatado em autobiografia (“o caso Schreber”). In. S. Freud (Ed.) *Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia (“o caso Schreber”), artigos sobre técnica e outros textos (1911-1913)*. (Vol.10, pp. 9-80). Companhia das Letras.
- Freud, S. (1915/2010). A repressão. In S. Freud (Ed.), *Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1914–1916)* (pp. 61–73). Companhia das Letras.
- Freud, S. (1923/2011). Psicanálise e teoria da libido. In S. Freud (Ed.), *Psicologia das massas e análise do eu e outros textos (1920–1923)* (1ª ed., vol. 15, pp. 274–308). Companhia das Letras.
- Freud, S. (1924/2011). A perda da realidade na neurose e na psicose. In S. Freud (ed.), *O eu e o id, “autobiografia” e outros textos (1923-1925)*. (Vol. 16, pp. 214-221). Companhia das letras

- Freud, S. (1924/2011). Neurose e Psicose. In S. Freud (Ed.), *O eu e o id, “autobiografia” e outros textos (1923-1925)*. (Vol. 16, pp.176-183)
- Hermann, F. (2001). Psicanálise e Universidade: integração. *Dossiê: Psicanálise e Universidade • Psicol. USP* 12 (2), pp. 161-170.
- Hermann, F. (2015). O método da psicanálise. In F. Hermann (Ed.), *O que é psicanálise: para iniciantes ou não...* (14ªed, pp. 21-32). Blucher.
<https://doi.org/10.1590/S0103-65642001000200013>
- Lacan, J. (1955-1956). *O seminário. Livro 3, as psicoses*. 2. Ed. Zahar.
- Matana, C., & Iensen, S. A. L. (2021). Psychoanalytical fundamentals in the construction of subjectivity in Psychosis. *Research, Society and Development*, 10(10), e136101018738.
<https://doi.org/10.33448/rsd-v10i10.18738>
- Menezes, L. S. (2016). A dimensão de extensão do método psicanalítico. *Boletim Formação em Psicanálise*, 24(1), 15–26.
- Negreiros, D. (2021). Do conceito de personalidade na tese de doutorado de Jacques Lacan. *Ágora* 24(3), 20-28. <https://doi.org/10.1590/1809-44142021003003>
- Nogueira, L. C. (2004). Aula: A pesquisa em psicanálise. *Psicologia USP*, 15(1/2), 83–106.
- Oliveira, L. L., Fontenele, L. & Vivès, J.. (2020). O que Schreber ensina sobre a Masculinidade na Psicose?. *Trivium - Estudos Interdisciplinares*, 12(1), 37-52.
<https://doi.org/10.18379/2176-4891.2020v1p.37>
- Quinet, A. (2006) *Teoria e clínica da psicose*. (3ª ed). Forense Universitária.
- Santos, P. H. A., Albuquerque, M. C., Andrade, C. (2024). Transferência e a clínica psicanalítica das psicoses. *Psicologia Usp*, volume 35, pp. 1-10. <https://doi.org/10.1590/0103-6564e190030>