

— **INTRODUÇÃO** —

Antes mesmo de iniciar o estudo sobre o Narcisismo no segundo semestre de 2002, durante o curso de Formação em Psicanálise, já havia resolvido escrever sobre o tema. Ainda que considerasse a idéia como desafiadora, por ser um conceito complexo e de suma importância na obra freudiana, optei por efetivá-la por ter surgido em consequência de um desafio ainda maior que decidi enfrentar logo no início de minha Residência Médica em Psiquiatria: atender a uma paciente que preenchia os critérios para o diagnóstico de Transtorno de Personalidade Narcisista.

A Residência Médica em Psiquiatria do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora tem duração de dois anos e, a cada ano, conta com dois novos médicos residentes. Durante o primeiro ano, atendemos num ambulatório geral — o Centro Regional de Referência em Saúde Mental da Região Central de Juiz de Fora (CRRESAM-Central) —, onde recebemos, além das primeiras consultas, retornos de pacientes que já se encontravam em acompanhamento anteriormente com outros residentes e que, até então, não puderam receber sua alta ambulatorial.

A paciente que mencionei, iniciou tratamento naquele ambulatório em fevereiro de 2000 e, antes de ser atendida por mim, foi avaliada por outros quatro médicos residentes. O último deles, após avaliação, uma vez que a paciente se apresentava estável do ponto de vista psiquiátrico e por ele estar acompanhando também a sua irmã — e, podemos mencionar, por questões contratransferenciais que não serão abordadas no momento —, encaminhou-a ao estágio para que mantivesse o acompanhamento e as renovações de suas receitas. Entretanto, após sua primeira consulta com os estagiários, já que eu havia me disponibilizado a atendê-la caso eles não se sentissem seguros para tal, a paciente teve seu retorno agendado comigo.

Atendê-la representava um desafio a mim mesma e à Psiquiatria. Inicialmente, pensava que, trabalhando com ela em psicoterapia, seria uma grande oportunidade de

conseguir uma resposta, mesmo que pequena, melhor do que a que fora possível com simples atendimentos médico-psiquiátricos. Uma grande expectativa frente a um importante desafio.

Em nossa primeira consulta, entretanto, estive tão nervosa e insegura como nunca estivera frente a nenhum outro paciente: sentia-me tremendo. Nossos poucos encontros foram suficientes para que eu pudesse ter a certeza de que estava diante de um caso extremamente difícil e, ao mesmo tempo, atraente aos olhos da Psicanálise. A cada consulta, sentia minha tensão dissipar-se, porém observava que aquele “meu” objetivo inicial era pura ilusão: não havia progresso, não o que “eu” esperava.

Tendo em vista as dificuldades que encontrei na condução deste caso, sua complexidade e as limitações de um atendimento estritamente psiquiátrico a casos semelhantes, proponho-me a apresentá-lo neste trabalho dentro de uma discussão psicanalítica, considerando a dinâmica do Narcisismo, após uma revisão histórica e conceitual do tema, e destacando a importância do trabalho em conjunto entre Psicanálise e Psiquiatria.

— CASO CLÍNICO —

Apresento, a seguir, um resumo da história clínica da paciente, para o qual utilizei dados registrados em seu prontuário, colhidos por mim e por outros profissionais que a atenderam. No decorrer do trabalho serão descritos outros trechos de suas consultas realizadas no CRRESAM-Central apenas durante o período em que eu a assisti.

Identificação: VAR, sexo feminino, branca, 51 anos, solteira.

Queixa principal: (fevereiro/2000) “Estou me recuperando de um estresse emocional”.

História da Doença Atual: A paciente justificou sua procura pelo serviço pela necessidade de uma “segunda opinião” sobre seu caso, pois já tem um psiquiatra particular (o Dr. M, a quem se refere como “um cientista”), e para manter o recebimento de medicações gratuitas oferecidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) a pacientes da rede pública, “porque eu pago imposto...é meu direito”. O que chamou de “estresse emocional” teria se iniciado

após a morte de sua tia-mãe. Contou que iniciou tratamento porque, há cinco anos, apresentou um quadro de “formigamento nos seios da face e no couro cabeludo...e também começou a ocorrer queda de cabelo”, o que fora diagnosticado pelo Dr. M como “disestesia”, que estaria relacionada a “alergia a proteína animal”. Relatou que, antes de iniciar tratamento, “consegua controlar minha mente e melhorei, mas depois foi mais forte e eu desisti”. Mostrou a foto em sua Carteira de Identidade e se referiu ao seu rosto como “deformado” atualmente, o que mexeu muito com sua “ vaidade”: “eu sou assim e não desse jeito”. Em alguns momentos, relatou sintomas depressivos, embora não tenha sido observada alteração do humor. Não há registro no prontuário de qualquer alteração do quadro desde o início do tratamento. Sua postura, a cada troca de médico, sempre foi de superioridade, colocando-se como alguém possuidora de muito poder e admirada pelas pessoas com quem se relaciona.

História Pessoal: É a segunda filha de uma prole de três. Na infância, não gostava de brincar, mas de escrever sobre o comportamento das pessoas; iniciou seus estudos aos cinco anos de idade e repetiu várias séries, tendo interrompido sua ida às aulas ainda no primeiro grau; entretanto, intitula-se como “autodidática”; sempre foi tratada como uma “rainha”; sua mãe faleceu quando contava seus nove anos de idade e o pai foi assassinado seis meses depois; foi, então, criada pela avó e uma tia maternas, referindo-se a “tortura psicológica” que esta última lhe dirigia. Na adolescência, saía com as primas para dançar, dançava muito bem e as pessoas faziam roda para vê-la e até lhe cumprimentavam; não teve namorados porque ninguém lhe servia. Aos vinte e três anos, conheceu um homem semelhante a ela, mas não se casaram, vivem separados e ainda se encontram; referiu-se a dois homens que gostam dela e esperam-na há trinta e quatro anos, mas não quer nada com eles; nunca esteve empregada e se diz “terapeuta”, apesar de não ter frequentado qualquer formação, realizando atendimentos em sua residência a pessoas que lhe procuram por “propaganda” de outros clientes (“é um ímã”). Atualmente, reside sozinha e sobrevive com a renda de imóveis deixados pelo pai.

— AVALIAÇÃO PSIQUIÁTRICA —

Entendendo-se por personalidade “a totalidade dos traços emocionais e comportamentais que caracterizam o indivíduo na vida cotidiana, sob condições normais, sendo relativamente estável e previsível”, considera-se como portador de um transtorno de personalidade aquele paciente cujo padrão de comportamento se mostra rígido e mal-adaptado, causando um comprometimento significativo de seu funcionamento social e pessoal, podendo estar associado a sofrimento subjetivo. Por serem sintomas comportamentais egossintônicos, não determinam ansiedade e tais pacientes tendem a negar seus problemas, rejeitando ajuda profissional.¹

O Transtorno de Personalidade Narcisista tem uma prevalência de cerca de 1% na população geral e se considera que pais com este transtorno podem transmitir a seus filhos “um senso irrealista de onipotência, grandiosidade, beleza e talento”, aumentando o risco de sua ocorrência. Não possui um tratamento farmacológico específico, podendo-se utilizar medicações quando surgem sintomas de outros transtornos psiquiátricos, especialmente depressivos, muito frequentes entre esses pacientes.²

A psicoterapia é vista como o tratamento de escolha e está embasada em dois modelos principais que visam uma compreensão teórica do Transtorno de Personalidade Narcisista: os modelos dos psiquiatras Heinz Kohut e Otto Kernberg, teorias desenvolvidas separadamente e baseadas em observações de pacientes que constituíam amostras diferentes. Kohut defende a idéia de uma fixação em um estágio do desenvolvimento no qual o indivíduo necessita de respostas específicas das pessoas que o cercam para manter seu *self* coeso. Para Kernberg, ocorreria uma idealização da imagem do *self*, com a qual o indivíduo se identifica para negar sua dependência a outras pessoas, e, ao mesmo tempo, uma negação dos padrões inaceitáveis de suas próprias imagens do *self*, que são projetadas nos outros.

¹ KAPLAN, 1997, p. 686.

² KAPLAN, 1997, p. 696.

A Psiquiatria atual conta com dois instrumentos diagnósticos: a décima edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e a quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV). A CID-10 não tem critérios específicos para o Transtorno de Personalidade Narcisista, incluindo-o sob a codificação de Outros Transtornos de Personalidade (F60.8).³ O DSM-IV apresenta os critérios descritos na tabela abaixo.

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA TRANSTORNO DE PERSONALIDADE NARCISISTA⁴

Um padrão generalizado de grandiosidade (em fantasia ou comportamento), necessidade de admiração e falta de empatia, que começa no início da idade adulta e está presente em uma variedade de contextos, indicado por pelo menos cinco dos seguintes critérios:

- (1) sentimento grandioso da própria importância (por ex., exagera realizações e talentos, espera ser reconhecido como superior sem realizações comensuráveis);
- (2) preocupação com fantasias de ilimitado sucesso, poder, inteligência ou beleza ou amor ideal;
- (3) crença de ser “especial” e único e de que somente pode ser compreendido por, ou deve associar-se a, outras pessoas (ou instituições) especiais ou de condição elevada;
- (4) exigência de admiração excessiva;
- (5) sentimento de intitulação, ou seja, possui expectativas irracionais de receber um tratamento especial favorável ou obediência automática às suas expectativas;
- (6) é explorador em relacionamentos interpessoais, isto é, tira vantagem de outros para atingir seus próprios objetivos;
- (7) ausência de empatia: reluta em reconhecer ou identificar-se com os sentimentos ou necessidades alheias;
- (8) freqüentemente sente inveja de outras pessoas ou acredita ser alvo da inveja alheia;
- (9) comportamento e atitudes arrogantes e insolentes.

³ OMS, 1993, p. 202.

⁴ GABBARD, 1998, p. 327.

— NARCISO: LENDA E MITO —

Inicialmente, antes das considerações psicanalíticas sobre o Narcisismo, torna-se importante um dado histórico que permita entender a origem do termo utilizado por Freud, que não fora, entretanto, o primeiro a empregá-lo, embora tenha aperfeiçoado o conceito.

A lenda, que criou o mito de Narciso⁵, conta que a ninfa Liríope foi vítima da insaciável energia sexual do Rio Céfiso enquanto passeava por suas tranquilas margens; fecundada, passou, então, por uma gestação penosa e indesejável. Seu parto, entretanto, deu-se de forma jubilosa e veio à luz uma criança incrivelmente bela, um menino, que recebeu o nome de Narciso — termo que, etimologicamente, significa “entorpecimento, torpor” — e que cresceu tão belo como ninguém jamais conseguira ser. Impressionada e perturbada com tamanha beleza, Liríope procurou Tirésias — um cego sábio que podia prever o futuro — para saber quanto tempo viveria Narciso e qual seria seu destino, ao que o profeta respondeu: “viverá enquanto não se deparar com sua própria imagem”.

Narciso cresceu e tornou-se desejado pelas deusas, ninfas e jovens da Grécia inteira, entre as quais a ninfa Eco que, em certa ocasião, fora friamente repelida por Narciso. Eco, então, isolou-se numa imensa solidão e acabou se transformando num rochedo capaz apenas de repetir os derradeiros sons do que se diz. As demais ninfas, revoltadas com a insensibilidade e frieza de Narciso, pediram vingança à deusa Nêmesis e ela o condenou a amar um amor impossível.

Num verão, enquanto caçava, sedento, Narciso debruçou-se sobre uma fonte e, no espelho das águas, viu-se. Dali, não mais pôde sair: apaixonara-se pela própria imagem. Ali mesmo morreu. Aqueles que procuraram por seu corpo encontraram apenas uma delicada flor amarela com o centro circundado por pétalas brancas: era o narciso, uma flor bonita e inútil, estéril e venenosa, que morre após uma vida muito breve.

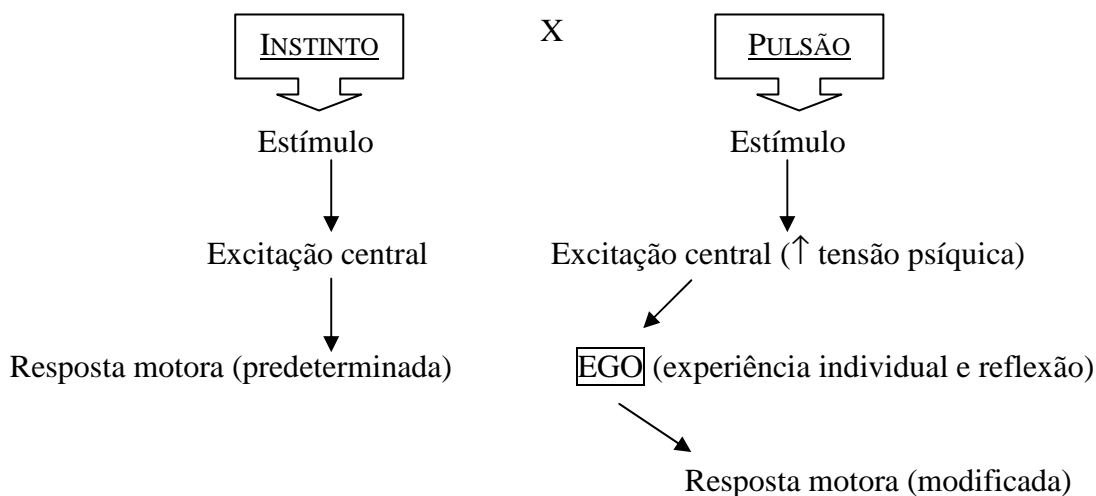
⁵ QUILICI, 1999, <http://www.psipt.com.br/ArquivoPsicopatologia5.htm>;
_____, 2001, <http://www.psipt.com.br/ArquivoNarcisismoMito.htm>.

— CONCEITUAÇÃO FUNDAMENTAL —

Antes de apresentar um estudo sobre o conceito de Narcisismo dentro da teoria psicanalítica e, em seguida, suas implicações no caso em questão, quatro outros conceitos fundamentais a ele relacionados precisam ser inicialmente esclarecidos e ter sua evolução conceitual brevemente comentada, conforme apresentado a seguir. Outros termos, cuja conceituação poder-se-á fazer necessária, embora não menos importantes, serão descritos de forma objetiva no desenvolvimento do trabalho.

PULSÃO. Erroneamente traduzido por instinto, o termo alemão *Trieb*, cujo sentido básico refere-se a algo que impulsiona (“que leva o indivíduo a...”), mostra-se melhor expresso em português pelo termo pulsão, derivado do francês *pulsion*. Definida por Freud como o representante psíquico de uma excitação constante e irrefreável aplicada à psique a partir de uma fonte endógena — o corpo erógeno —, com a finalidade de satisfação — a descarga da tensão —, a pulsão se lhe mostrou como o conceito psicanalítico capaz de fazer a ligação entre o somático e o psíquico, situando-se na fronteira entre esses dois campos.

Resumidamente, pode-se dizer que o ponto central na diferenciação entre pulsão e instinto encontra-se na presença da função egóica, que fará a elaboração do estímulo para determinar a resposta motora adequada à realidade, o que se dá conforme a experiência de cada indivíduo. Isto pode ser esquematizado da seguinte maneira:



Empregado na obra freudiana pela primeira vez em 1905, no texto dos *Três Ensaio Sobre a Teoria da Sexualidade* — embora sua concepção teórica tenha se originado ainda no *Projeto* —, o termo passou por reformulações conceituais ao longo do desenvolvimento psicanalítico e se manteve entre os três grandes eixos da teoria da sexualidade, junto aos conceitos de libido e narcisismo. Inicialmente, Freud descreveu um dualismo entre as pulsões sexuais — pulsões parciais das fases iniciais do desenvolvimento psicosexual que, na vida adulta, organizam-se sob o primado da genitalidade — e as pulsões do ego ou de autoconservação — estas, responsáveis pela defesa contra a entrada daquelas no ego. Com o desenvolvimento do conceito de narcisismo, observou o investimento do ego pela energia libidinal das pulsões sexuais e abandonou aquela visão dualista. Visão que resgatou mais tarde em sua obra com a instauração de um novo dualismo, então apresentado entre as pulsões de morte — que tendem a reconduzir o que está vivo ao estado inorgânico e se exteriorizam sob a forma de impulsos agressivos e destrutivos — e as pulsões de vida — que abrangem as pulsões sexuais e as pulsões do ego.

Freud atribuiu quatro características às pulsões: 1- fonte: parte somática que, excitada, origina sua representação psíquica, a pulsão; 2- pressão: é sua própria essência e, quantitativamente, indica a força da pulsão, seja ela passiva ou ativa; 3- finalidade: é sempre a satisfação, mesmo que parcial, através de uma resolução da tensão interna; 4- objeto: meio pelo qual ou no qual a pulsão pode alcançar sua finalidade, representando seu elemento mais variável, determinado pela história singular de cada indivíduo.

LIBIDO. Termo latino, utilizado pelos sexólogos do século XIX, foi empregado por Freud pela primeira vez no *Rascunho E* dirigido a Wilhelm Fliess, provavelmente em 06 de junho de 1894, no qual descrevia como provável causa da neurose de angústia “*um déficit assinalável no afeto sexual, na libido psíquica*”, a qual levaria ao coito quando despertada por uma “*tensão sexual física acima de certo valor*”.⁶ Em 1915, Freud acrescentou aos *Três*

⁶ MASSON, 1986, pp. 80 e 81.

Ensaio Sobre a Teoria da Sexualidade um tópico sobre a *Teoria da Libido*, descrevendo suas duas características — a qualitativa, por seu caráter invariavelmente sexual, e a quantitativa, por ser a força variável da pulsão sexual, embora não mensurável — e suas duas variantes, mantidas em equilíbrio energético conforme os investimentos libidinais — a libido do ego ou narcísica, cujo objeto é o próprio indivíduo, seu primeiro investimento, e a libido do objeto, fruto do investimento da libido do ego em objetos do mundo externo. A libido se origina das zonas erógenas, fontes das diversas pulsões parciais, e pode, através do deslocamento de seus investimentos, mudar de objeto e também de objetivo ou finalidade. Ao elaborar o segundo dualismo pulsional, Freud assimilou o conceito de libido ao de pulsão de vida, empregando-o sempre para descrever a manifestação da sexualidade na dinâmica psíquica.

Sobre o equilíbrio entre os investimentos da energia libidinal, pode-se resumi-lo na fórmula $x + y = z$, onde: “z” é uma constante que representa a libido total, “x” é a libido narcísica e “y” a libido objetal. Note-se que, havendo aumento no valor de “y”, “x” sofrerá uma redução, e vice-versa.

Nos *Três Ensaio Sobre a Teoria da Sexualidade*, Freud descreveu a organização da libido como a convergência das pulsões parciais após a instalação do primado da zona genital, ao qual se subordinariam todas as zonas erógenas. Em seguida, descreveu um novo modo de organização da sexualidade, o narcisismo, interposto entre o auto-erotismo na infância e a escolha plena do objeto na puberdade. Finalmente, a partir de 1913, com a introdução do conceito de organização pré-genital, observou que a libido se organiza conforme sua relação objetal em cada fase do desenvolvimento psicosexual infantil, descrevendo seus quatro estádios, a saber: oral, anal, fálico e genital, sem desconsiderar a importância deste último como principal determinante da plena organização da sexualidade.

AUTO-EROTISMO. Termo introduzido por Havelock Ellis em 1898 e conceitualmente aperfeiçoado por Freud dentro de sua teoria da sexualidade, determinando-o como uma das “três características essenciais da manifestação sexual infantil. Esta nasce apoiando-se numa

das funções somáticas vitais, ainda não conhece nenhum objeto sexual, sendo auto-erótica, e seu alvo sexual acha-se sob o domínio de uma zona erógena".⁷

Inicialmente, e de forma independente uns dos outros, os componentes parciais da pulsão sexual se satisfazem por apoio nas pulsões de autoconservação, as quais visam a satisfação de necessidades vitais do organismo e, assim, oferecem às pulsões parciais uma fonte, um objeto e uma finalidade. Posteriormente, separada da pulsão de autopreservação, a pulsão sexual busca pelo prazer anteriormente vivenciado sem, entretanto, recorrer a um objeto externo, o que será determinado pela satisfação auto-erótica das pulsões parciais através do prazer de órgão, *"uma excitação sexual que nasce e se apazigua ali mesmo, ao nível de cada zona erógena tomada isoladamente"*.⁸ O auto-erotismo é, assim, a fase que precede a convergência das pulsões parciais ao seu primeiro objeto de amor, o ego, o que determinará o narcisismo primário.

IDEAL DO EGO. O termo foi empregado por Freud em 1914 para designar, no adulto, o substituto da onipotência do narcisismo infantil, outrora perdido, constituindo-se também pelas identificações com os pais e seus substitutos sociais. A ele foi atribuída a responsabilidade pela repressão das pulsões libidinais em conflito com as idéias culturais e éticas do indivíduo.

Na infância, o ego real é investido pela libido, originando o narcisismo, e *"se acha possuído de toda perfeição de valor"*.⁹ A renúncia ao narcisismo infantil resulta da *"submissão às proibições enunciadas pelas figuras parentais, instaladas na posição de modelo no momento em que a estrutura edipiana começa seu declínio"*.¹⁰ Quando adulto, o indivíduo tenta recuperar a perfeição narcisista da infância através de um ego ideal, *"um ideal narcísico de onipotência forjado a partir do modelo do narcisismo infantil"*.¹¹

⁷ FREUD, 1996, vol. VII, p. 172.

⁸ LAPLANCHE, 2001, p. 48.

⁹ FREUD, 1996, vol. XIV, p. 100.

¹⁰ ROUDINESCO, 1998, p. 362.

¹¹ LAPLANCHE, 2001, p. 139.

Ao falar sobre o ideal do ego, Freud descreve e diferencia dois processos psíquicos relacionados à sua formação: a sublimação e a idealização. A sublimação diz respeito à libido objetual, alterando o objetivo pulsional ao afastá-lo da finalidade de satisfação sexual. A idealização diz respeito ao objeto, que passa a ser supervalorizado psiquicamente embora inalterado em sua natureza, podendo ocorrer tanto no domínio da libido objetual quanto no da libido narcísica.

Apesar de alguns autores diferenciarem os termos ideal do ego, ego ideal e superego, tal distinção não pode ser encontrada na obra de Freud. Entretanto, pode-se considerar o ideal do ego como uma subestrutura do superego, responsável por sua função de formação de ideais. Assim, o superego estaria comparando o ego atual (real) ao ego ideal através do ideal do ego.

NARCISISMO. O termo foi utilizado por Freud pela primeira vez em uma nota de rodapé acrescentada em 1910 aos *Três Ensaios Sobre a Teoria da Sexualidade* quando falava sobre os homossexuais ou, como ele os chamava, invertidos, considerando que neles haveria uma identificação com a mulher na qual se mantiveram fixados durante os primeiros anos de sua infância e, a partir do narcisismo, tomariam a si mesmos como objeto de amor, buscando “*homens jovens e parecidos com sua própria pessoa, a quem eles devem amar tal como a mãe os amou*”.¹² Esta visão, um dos muitos processos que poderiam levar ao homossexualismo, foi melhor abordada em sua obra sobre *Leonardo da Vinci e uma Lembrança de sua Infância*, acrescentando que, após reprimir o amor pela mãe na infância, a escolha de objeto homossexual seria a fuga da infidelidade à mulher que ainda tanto ama inconscientemente.

Antes de escrever o texto *Sobre o Narcisismo: Uma Introdução* em 1914, Freud se referiu ao termo em outros dois artigos: *Notas Psicanalíticas Sobre um Relato Autobiográfico de um Caso de Paranóia (Dementia Paranoides)* e *Totem e Tabu*. No primeiro, descreveu o

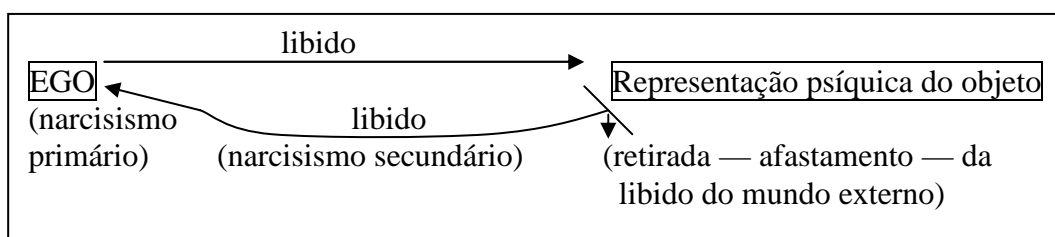
¹² FREUD, 1996, vol. VII, p. 137.

narcisismo como a fase do desenvolvimento libidinal entre o auto-erotismo e o amor objetal e atribuiu às fantasias de desejo homossexual sua importância na determinação da paranóia, na qual haveria uma fixação da libido na fase narcísica. No segundo, descreveu o investimento libidinal egóico e objetal, associando o narcisismo à supervalorização dos atos psíquicos pelos homens primitivos e pelos neuróticos.

Três situações, caracterizadas pela existência de atitudes narcisistas, motivaram Freud a elaborar o texto com sua teoria sobre o narcisismo, indicado como uma fase normal do desenvolvimento psicosexual. Foram elas: o limite da susceptibilidade à influência presente nos neuróticos em análise; a megalomania e os desvios do interesse no mundo externo que ocorrem nos parafrênicos — termo utilizado por Freud para se referir tanto à esquizofrenia quanto à paranóia —; e o pensamento mágico e onipotente que vigora na vida mental de crianças e dos povos primitivos. Escreveu ele:

O narcisismo nesse sentido não seria uma perversão, mas o complemento libidinal do egoísmo da pulsão de autopreservação, que, em certa medida, pode justificavelmente ser atribuído a toda criatura viva. (...) Assim, formamos a idéia de que há uma catexia libidinal original do ego, parte da qual é posteriormente transmitida a objetos, mas que fundamentalmente persiste e está relacionada com as catexias objetais, assim como o corpo de uma ameba está relacionado com os pseudópodes que produz.¹³

No esquema que se segue, é possível observar essa dinâmica entre a libido narcísica e a libido objetal, assim como a presença original do narcisismo primário e o surgimento de um narcisismo secundário com o retorno da libido ao ego após a retirada do investimento libidinal dirigido à representação psíquica do objeto externo:



¹³ FREUD, 1996, vol. XIV, pp. 81 e 83.

Freud abordou sua teoria baseando-se em três observações iniciais: a doença orgânica, a hipocondria e a vida erótica. Descreveu uma hipótese para a hipocondria e estendeu parte de seu entendimento às doenças orgânicas — ambas, estados em que se observa uma retirada do investimento da libido nos objetos do mundo externo, a qual retorna ao próprio ego. Considerou-as conseqüências das excitações de zonas erógenas, que se situam em diversas regiões do corpo, inclusive nos diferentes órgãos, e se comportam de forma análoga aos genitais, enviando “*estímulos sexualmente excitantes à mente*” — sua erogenicidade — e sendo, assim, capazes de, em determinadas condições, alterar a catexia libidinal egóica, cujo aumento é, então, sentido como desprazer.¹⁴ Foi, entretanto, em sua terceira observação, sobre a vida erótica de homens e mulheres, que encontrou o motivo mais forte à adoção de sua hipótese sobre o narcisismo ao descrever dois tipos de escolha objetal — o anaclítico ou por apoio e o narcísico —, duas possibilidades que se apresentam a cada indivíduo, das quais poderá preferir uma à outra:

Dizemos que um ser humano tem originalmente dois objetos sexuais — ele próprio e a mulher que cuida dele — e ao fazê-lo estamos postulando a existência de um narcisismo primário em todos, o qual, em alguns casos, pode manifestar-se de forma dominante em sua escolha objetal.¹⁵

No primeiro tipo de escolha, o anaclítico, baseado nas primeiras satisfações auto-eróticas das pulsões sexuais, o indivíduo procura para amar: 1- a mulher que o alimenta; 2- o homem que o protege — ou seus substitutos. Essa escolha está relacionada às questões edípicas do sujeito. No segundo tipo, o narcisista, o objeto de amor poderá ser: 1- a própria pessoa (o ego); 2- o que ela foi um dia (o narcisismo primário perdido da infância); 3- o que ela gostaria de ser (o ideal do ego); 4- alguém que foi uma vez parte dela (a vivência de simbiose “mãe-filho”) — ou seus substitutos.

¹⁴ FREUD, 1996, vol. XIV, p. 91.

¹⁵ FREUD, 1996, vol. XIV, p. 95.

— DESCRIÇÃO DAS CONSULTAS —

A paciente, aqui designada pelas iniciais de seu nome, “VAR”, foi à sua primeira consulta comigo em 26 de junho de 2002. Inicialmente, pedi-lhe que me contasse o motivo de seu tratamento. Após expô-lo, conforme apresentado no ítem Caso Clínico acima, logo passou a questionar-me sobre o que seria “disestesia”¹⁶ — diagnóstico feito por seu médico particular, aqui designado por “Dr. M”, que haveria “pesquisado” sobre sua doença — e se mostrou irritada ao não receber respostas objetivas às suas perguntas. VAR usava óculos escuros e eu lhe pedi que os retirasse; ela o fez e se referiu a um edema dos olhos que eu não pude identificar naquele momento: “eu queria até que estivesse mais inchado pra você ver...pra você poder estudar”. Mostrou-me duas fotos suas, uma em sua Carteira de Identidade e outra que tinha em sua agenda, e disse que as alterações em seu corpo “mexeram com minha vaidade”. Referiu-se a uma “palestra” que daria para uma “junta médica” no Hospital Regional Doutor João Penido, a convite de um dos residentes anteriores. Passou a se queixar do tempo de atendimento no SUS e a falar sobre o Dr. M, com quem diz ter uma relação de amizade porque se identificam: referiu-se às pessoas como se estivessem sempre abaixo dela, enquanto o Dr. M “está, assim, em 60%”. Perguntei-lhe com quem morava: “comigo mesma” e disse ter sua “família no coração...um amor incondicional”. Ao fim, expus o que eu entendia por disestesia e que tentaria trabalhar com ela os sentimentos envolvidos na determinação do quadro que a levou a procurar atendimento psiquiátrico: voltou a se referir ao Dr. M, que também “falou da disestesia como o resultado (de algo) relacionado a sentimento”.

VAR compareceu a seu retorno em 25 de julho de 2002 e chegou me perguntando se eu havia conversado com meus professores sobre seu caso, referindo-se aos únicos dois médicos que saberiam sobre ele — o Dr. M e um médico que lhe atendeu uma vez num Posto de Saúde. Coloquei a dificuldade que encontrava em trabalhar com uma paciente que

¹⁶ Disestesia — “1- Perturbação mas não privação dos sentidos, especialmente do sentido do tato. 2- Dor ou inconveniente de qualquer sensação normalmente indolor.” (Dicionário Médico Blakiston, 2ª ed., p. 327)

mantinha um acompanhamento com outro médico, uma vez que as condutas poderiam ser diferentes; VAR disse que os médicos estariam seguindo a conduta do Dr. M e eu, entretanto, enfatizei o fato de que não o faria. Acrescentou que mantinha sua ida aos atendimentos no CRRESAM-Central porque, além de “pagar imposto, espero encontrar alguém interessante pra trocar umas idéias”. Voltando a se referir ao Dr. M, VAR disse que “gostaria que ele estivesse errado pra não ter que seguir a dieta”, queixando-se de suas limitações alimentares devidas à “alergia a proteína animal”. Ao fim, sugeri que encurtássemos o intervalo de nossas consultas para trabalharmos em psicoterapia e ela concordou após questionar-me sobre a quantidade de pacientes que atendemos no CRRESAM, já que atendê-la mais vezes poderia ocupar vagas de outras pessoas; expliquei que ela já estava em tratamento há longa data, passando por diversos médicos, e que estaríamos intensificando os atendimentos para tentar avaliar melhor o seu caso.

Nosso terceiro encontro ocorreu em 08 de agosto de 2002. VAR chegou e não se sentou; antes de atender ao meu pedido para que se sentasse, mostrou-me as receitas que vinha recebendo dos médicos anteriores — às quais não segui — e, em seguida, abriu e entregou-me sua agenda para que eu lesse “uma poesia que duas pessoas distintas me enviaram e tem muito a ver comigo” com o título “Solidão” (vide anexo); pedi para que me falasse sobre o texto: “você já leu...é assim que eu sou...é como sua imagem no espelho...fora um tiro ou uma flecha, nada nesse mundo pode me atingir...pessoas comuns mentem, dissimulam, fraudam...eu não”. Passou, então, a recitar um poema que um rapaz teria lhe enviado quando tinha 19 anos de idade, falando sobre “As Verdades de V.”. Contou sobre uma consulta ginecológica em que a médica “ficou duas horas conversando comigo...me disse que eu lhe lembrava uma lenda”, que narrou aproximadamente assim: havia uma montanha onde morava um grande sábio e só lá havia uma fonte de água pura; quem descesse e bebesse água no vilarejo ao redor, contaminava-se; um dia a fonte secou e até o sábio precisou descer; VAR acrescentou “eu nunca desceria”. Contou ainda que, aos 7 anos de idade, teria ouvido de

seu pai que ela era “uma rainha...que todos deviam se abaixar para eu passar...ia comprar o cetro e a coroa pra mim...eu seria V. I...ele me disse que eu nunca deveria tirar a coroa”. Nesse dia, VAR ainda contou sobre uma “palestra de hipnose” da qual teria participado e começou a encenar um momento em que passou a dominar o palestrante e hipnotizador, levantando-se novamente durante a consulta e chegando perto de mim, que nada fiz ou disse. Fiquei sabendo mais tarde que, terminada a consulta, VAR se dirigiu à recepção e fez comentários com a secretária sobre o médico de sua irmã, sem se dar conta, entretanto, que ele se encontrava na sala. Ao percebê-lo presente, pediu-lhe para que voltasse a atendê-la, uma vez que, quanto a nossa relação, não houve “empatia”.

Por fim, o quarto e último retorno se deu em 22 de agosto de 2002. VAR chegou perguntando se o outro médico havia conversado comigo e, como eu não demonstrei conhecimento sobre o assunto, disse-me que, “desconhecendo as regras da casa”, solicitou a troca de médicos, mas ele acompanha sua irmã: “sei que não haverá nenhum impedimento da parte dela”. Perguntei-lhe o que eu representava para ela, ao que respondeu, após um breve silêncio enquanto me olhava: “você é uma pessoa alta...magra...com poucos seios, parece”; disse-lhe que apenas descrevia minha imagem e insisti na representação; VAR demonstrou grande dificuldade em responder, enrubescou-se e apresentou tremores faciais antes de conseguir dizer “nada”. Disse-lhe que parecia haver muita raiva dentro dela: “há um vazio...eu saí de mim” e se referiu a “poderes” que perdeu, não conseguindo mais “controlar minha mente”; disse-lhe que devia ter sido muito dolorosa essa mudança: “não houve mudança...é só um vazio”. Perguntei-lhe o que esperava do tratamento: “um tratamento, ora”; insisti num objetivo e, mantendo uma postura irritada, disse-me que esperava “empatia, cumplicidade...uma conversa...não gosto de ser contrariada...sou contrariada quando há mentira, cinismo...tenho um sobrinho que é como eu...já disse a ele que, às vezes, sua mãe promete coisas para deixá-lo feliz naquela hora”; perguntei-lhe, então, se algo parecido já havia lhe acontecido: “todos nós passamos por isso...as pessoas mentem”. Quando lhe

indaguei se acreditava em tudo o que dizia, contou-me que “desde pequena, todos sempre acreditaram em mim” e relatou um fato envolvendo sua avó materna e uma história em sua escola onde fora acusada pela tia: “ela (a avó) queria me mudar...porque eu era muito parecida com meu pai e ela dizia que ele era mau...mas eu me mantive forte...até ela acreditou em mim e disse à minha tia: ‘a V. não mente’”. VAR sempre compareceu às consultas com óculos escuros e eu lhe perguntei por que se escondia atrás deles: “sabia que você ia falar isso um dia...coisa de psiquiatra...todos falam isso”. Questionei-lhe sobre sua mãe, já que nunca havia falado dela antes (nem nos registros dos outros médicos que a acompanharam anteriormente): “era uma mulher muito forte...chamava a Santa...vou te contar uma historinha pra você ter uma idéia” e passou a dar detalhes de um acidente com seu irmão, ainda criança, no qual ele veio a falecer: “ele vinha passar uns dias em casa...morava num colégio interno...veja a força dela (da mãe)...chegou, viu o filho morto, deixou-o lá e foi socorrer as outras pessoas...depois, pegou o corpo e levou-o para tomar as providências de seu enterro”. Pedi-lhe para que falasse da mãe em uma palavra: “olha, eu nunca fui muito ligada a minha mãe, não...eu sempre amei meu pai...a ela, eu respeitava, até pelo cuidado que ela tinha com ele”. Como entraria de férias nas semanas seguintes, esclareci que seu retorno seria marcado dentro do prazo de 30 dias e ela disse: “até lá minha irmã já consultou...aí a gente faz a troca”, ao que nada comentei.

VAR não compareceu ao seu retorno agendado para o dia 18 de setembro, comunicando sua impossibilidade à recepcionista do CRRESAM. Foi, então, remarcada para o dia 10 de outubro e, novamente, não compareceu. Como regra do serviço, após duas faltas consecutivas os pacientes só poderão retornar através de uma nova consulta inicial, tendo que, então, aguardar a abertura das marcações e a possibilidade de vagas. No início de dezembro, VAR esteve no CRRESAM para se informar sobre como voltar ao atendimento. Não foi clara com a recepcionista e, como eu estava presente no momento, precisei intervir. Dizia não ter sido avisada sobre seu retorno, ao que, entretanto, pude lhe assegurar que estava presente no momento em que nosso secretário lhe telefonou. Disse-me: “é a sua palavra contra a minha”.

— AVALIAÇÃO PSICANALÍTICA —

Resumindo o que se identifica na Descrição das Consultas como parte da personalidade de VAR, é possível destacar e comentar algumas características antes de partir para uma abordagem dinâmica do caso.

Em sua primeira consulta, VAR procura deixar claro, desde o início, que seu caso é especial: tem uma doença que “apenas dois médicos” foram capazes de identificar, um dos quais, “um cientista”, pesquisou sobre seu quadro e o diagnosticou como “disestesia” — um termo médico que inexistente como doença específica. Parece que VAR esperava que os residentes fizessem o mesmo, que se interessassem por seu caso e o levassem ao conhecimento de seus professores. Chegou a ser convidada por um deles para ser entrevistada por um de nossos supervisores durante uma sessão clínica e, embora não tenha comparecido, refere-se ao convite de forma irreal, como se fosse uma palestrante. VAR se coloca, assim, fora de sua posição de paciente, mas na de alguém que tem muito a ensinar sobre sua rara e desconhecida doença — ensinamentos que espera dar à classe médica em geral, mas principalmente aos médicos jovens e com pouca experiência que se sentem mais inseguros frente ao novo, os residentes do serviço onde é atendida, aos quais sempre se apresenta com o mesmo discurso, conforme é possível comparar em nossas anotações em seu prontuário.

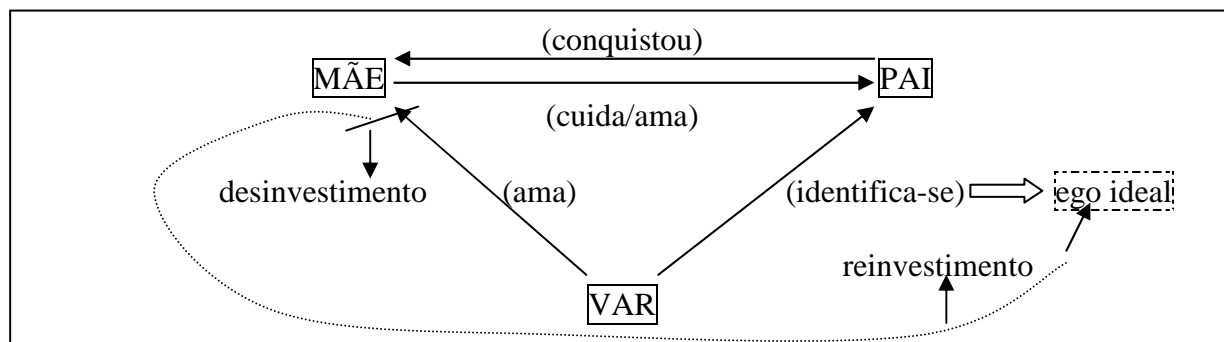
É interessante notar a relação que VAR tem com seu corpo. Referiu-se a um edema na região dos olhos que, entretanto, não notamos, eu e um dos outros residentes, embora tenha também lhe referido tal alteração, indicando, possivelmente, uma visão deformada de sua imagem corporal. Quando VAR mostra suas fotos de quando mais jovem e se refere às alterações em seu corpo, não as percebe como naturais do envelhecimento, justificando-as pela presença da doença que lhe acometeu: não fosse a doença, ainda estaria, aos 51 anos de idade, com o mesmo aspecto físico que gozava aos 20.

VAR demonstra importante dificuldade em lidar com os limites de nosso atendimento, deixando claro em alguns momentos que suas relações com outros médicos sempre foram diferentes da que se estabelecia ali, destacando os privilégios e a intimidade que tinha naquelas consultas. Em nosso primeiro encontro, chegou mesmo a fazer comentários quando eu olhava no relógio e se queixar do atendimento realizado no SUS, onde havia pouco tempo disponível para ela. Para terminar a consulta, foi preciso que eu fizesse um corte, até certo ponto rigoroso para um primeiro contato. Quando, no encontro seguinte, fiz-lhe a proposta de reduzirmos os intervalos entre as consultas, VAR fez questão de ressaltar que estava entendendo como um privilégio que receberia num serviço público, onde há tantas pessoas a serem atendidas — o que, de fato, pode assim ser considerado, embora gratificá-la não fosse um objetivo. Talvez ela tenha encontrado aí o motivo para, na consulta seguinte, entrar no consultório e não se sentar, assim como, ao final, encenar a palestra de hipnose: VAR se levantou, fez gestos e chegou mais perto de mim que, em sua encenação, representava para ela o palestrante a quem dominou, talvez numa tentativa de demonstrar seu poder e me intimidar ou de evidenciar um domínio daquele espaço.

Após nossos três primeiros encontros, VAR já havia se frustrado por algumas vezes. Vale destacar três situações: 1- quando se mostrou irritada por eu não lhe responder objetivamente na primeira consulta, onde parecia testar meus (des)conhecimentos; 2- na segunda consulta, quando esperava que eu seguisse a conduta do Dr. M, fazendo questão de, no encontro seguinte, trazer as receitas dos outros residentes, ao que, mais uma vez, neguei-me a seguir; 3- e, finalmente, quando não reagiu à encenação que apresentou ao final da terceira consulta, que terminei tão logo houvesse um intervalo em sua fala. Talvez sejam esses alguns dos motivos que a levaram, logo em seguida, decidir-se por trocar de médico e poder, assim, mostrar o quanto ela poderia determinar seu tratamento, embora não o tivesse conseguido até aquele momento.

É ainda possível, dentro das três primeiras consultas, identificar outros tantos pontos importantes da personalidade de VAR. Pode-se citar: 1- a idealização do Dr. M, com quem se identificou, embora tenha que pagar por isso com sua dieta; 2- sua postura de superioridade frente às outras pessoas, considerando-se alguém livre de defeitos e com sabedorias e poderes que, antes de sua doença, permitiam-lhe o controle de sua própria mente e a de quem mais quisesse; 3- a sensação de onipotência, presente inclusive na interpretação que faz da poesia com a qual se identificou; 4- sua busca por uma relação além dos limites que o tratamento médico lhe impõe, afinal, parece não querer um tratamento, mas um momento em que possa conversar com alguém que queira ouvir sobre ela.

É, porém, na quarta consulta que, em vários momentos, pode-se identificar pontos importantes de suas vivências, atuais e passadas. São relatos que, além de reforçarem algumas das características já identificadas anteriormente, permitem supor alguns pontos da dinâmica psíquica de VAR. O que será descrito a seguir, pode ser resumido pelo seguinte esquema:



Quando VAR fala sobre sua relação com os pais, é possível — a partir da fórmula negativa em que diz “nunca fui muito ligada a minha mãe...sempre amei meu pai” — pensar na possibilidade de que ela amava sua mãe e admirava o cuidado e o amor que esta dedicava a seu pai; podia odiá-lo por isso, por ele ter conseguido conquistar o amor que tanto almejava, mas VAR preferiu se identificar com aquele homem na tentativa de, assim, alcançar o amor da mãe. Provavelmente, frustrando-se por algum motivo, VAR recalcou esse amor pela mãe e se permitiu apenas admirá-la pelos cuidados que tinha com seu pai, o homem que passou a idealizar e com quem se identificou, operando aí uma formação reativa que pode ser expressa

pela seguinte proposição: “eu não odeio meu pai porque ele tem o amor de minha mãe; eu o amo e serei como ele, assim, ela me amará também; mas eu não a amo”.¹⁷

Talvez seu ego ideal tenha se alicerçado nessa identificação com a figura paterna e, ao desinvestir sua libido de seu objeto de amor, a mãe, em obediência ao princípio de prazer, VAR teve grande parte dessa energia reinvestida em seu ego, justificando, assim, a presença de seu narcisismo acentuado.¹⁸ Esse reinvestimento narcísico, entretanto, não parece ocorrer por um retorno da libido diretamente ao ego, como ocorreria no caso de uma psicose, mas sim como uma defesa histórica em que se estabeleceu uma idealização do ego a partir da identificação com o pai, ocorrendo uma negação de seu ego real — talvez, a negação de sua incapacidade em conquistar seu grande objeto de amor, sugerindo uma fraqueza que ela substituiu por sua postura de superioridade e pelos poderes que revela ter — e uma projeção no mundo externo daquilo que nele é rejeitado.¹⁹ A libido de VAR é retirada do mundo externo e retorna, assim, para ser reinvestida nas imagos que construíram seu ego ideal, o “eu” que ela acredita ser capaz de conquistar seu objeto de amor, possuído de toda perfeição de que já gozou um dia, durante a fase narcísica de seu desenvolvimento psicosssexual, tentando reviver, assim, “*um novo amor feliz*”.²⁰

Dentro dessa perspectiva, podemos mencionar alguns pontos importantes encontrados na descrição de nossa última consulta. Um deles, a presença de uma certa indiferença de VAR em relação ao mundo externo, pode ser exemplificado por sua reação à minha colocação sobre a raiva, referindo-se a “um vazio”: ela não ama, mas também não odeia, “não houve mudança...é só um vazio”, é só o primeiro dos opostos ao amar, a indiferença, típica da fase

¹⁷ São citados nesse parágrafo, dois mecanismos de defesa do ego: o recalçamento e a formação reativa. O primeiro, diz respeito a um mecanismo inconsciente em que uma pulsão indesejável do id tem barrada sua entrada na consciência. O segundo, refere-se ao meio pelo qual uma de duas atitudes ambivalentes torna-se inconsciente enquanto a outra passa a ser acentuada na consciência. Quanto ao processo de identificação, também citado no mesmo trecho, consiste na transformação do indivíduo, total ou parcialmente, em um objeto externo altamente catexizado por ele.

¹⁸ “*Expresso em termos mais simples, o princípio de prazer estabelece que a mente tende a atuar de tal modo que determine o prazer e impeça sua antítese*”. (BRENNER, 1987, p.80)

¹⁹ Neste parágrafo, outros dois mecanismos de defesa: a negação, onde o indivíduo nega parte da realidade externa que lhe é indesejável ou desagradável, substituindo-a por uma fantasia de satisfação, e a projeção, em que atribui algo que é seu a um objeto externo.

²⁰ FREUD, 1996, vol. XIV, p. 106.

narcísica do desenvolvimento psíquico em que “o sujeito do ego coincide com o que é agradável, e o mundo externo, com o que é indiferente”.²¹

Outra característica dessa fase do desenvolvimento, identificável em VAR, é a relação objetal que estabelece. Ela introjeta o que os objetos têm de bom e que lhe são capazes de proporcionar prazer — por exemplo, sua identificação com o pai e, posteriormente, com o Dr. M, o homem que lhe tratava como uma rainha e o cientista que se preocupou em pesquisar sua doença e nomeá-la — e projeta no mundo externo aquilo que tem em si mesma e que lhe é capaz de proporcionar desprazer — o relato que faz sobre si mesma como isenta dos defeitos tão presentes nas pessoas em geral como, por exemplo, a mentira. Assim, parece que VAR tem um ego funcionando como um “ego do prazer purificado, que coloca a característica do prazer acima de todas as outras”.²²

VAR parece apresentar, ainda, uma forma de pensamento baseada no processo primário de funcionamento psíquico numa medida bem superior à que se esperaria encontrar na idade adulta, sugerindo mesmo um predomínio sobre o processo de pensamento secundário.²³ Justifica-se, assim, por exemplo, sua crença em ser possuidora de poderes capazes de controlar mentes, em que todos estariam dispostos a ceder a seus desejos, em ser uma pessoa isenta de defeitos e em ter um corpo que não sofreu a ação natural do envelhecimento e que se apresenta deformado por uma doença desconhecida da classe médica. VAR parece ter criado diversas fantasias como uma fuga da realidade, que lhe pode ser tão dolorosa ao revelar sua verdadeira condição de fraqueza frente às adversidades da vida, sua dependência a outras pessoas e sua incapacidade em investir além de si mesma.

Alguns pontos do relato de VAR sobre determinados momentos de sua vida permitem que sejam levantados alguns questionamentos: 1- por que ela desenvolveu o quadro que

²¹ FREUD, 1996, vol. XIV, p. 140.

²² FREUD, 1996, vol. XIV, p. 141.

²³ O processo primário é característico do sistema inconsciente e, nele, a energia psíquica circula livremente entre as representações através dos mecanismos de condensação e deslocamento, tendendo a reinvestir aquelas que se ligam a vivências de satisfação. Já o processo secundário relaciona-se ao princípio de realidade, o modificador do princípio de prazer.

designa como “disestesia” — com sintomas que podem ser considerados conversivos, conforme sua descrição — após o falecimento de sua tia, a quem se refere como alguém que lhe torturava psicologicamente, e que sentimentos estariam presentes em relação a essa pessoa? 2- Qual teria sido o motivo do assassinato de seu pai, o homem idealizado com quem se identificou, e como esse acontecimento foi vivenciado por ela na infância e se reflete atualmente em sua vida? 3- Por que chama sua mãe de “Santa”, quando não é este seu nome, na mesma consulta em que se referiu ao pai como um homem “mau”, pelo menos aos olhos da avó? 4- Se seu pai era realmente uma pessoa má e VAR é vista como muito parecida com ele, qual sentimento poderia estar relacionado a si mesma? A essas questões, não é possível encontrar respostas objetivas nos registros encontrados em seu prontuário.

Por fim, considerando a possibilidade de haver um sentimento de rivalidade com o irmão falecido, uma outra pergunta pode ser deixada aqui: poderia ser o acidente um desejo inconsciente de VAR e a frieza que descreveu como a força de sua mãe naquele momento uma forma de dizer a si mesma que aquele filho não conseguira roubar-lhe o amor que tanto desejava e que sentia não ter? Talvez, se as consultas tivessem continuado, teriam surgido oportunidades de estabelecer melhores conexões em sua história por meio de alguns esclarecimentos não realizados antes que abandonasse o tratamento.

Quando me propus a atender essa paciente, sabia que era um caso de difícil condução e sem grandes perspectivas de melhora. Embora tenha me sentido mal em vários momentos, não desejava desistir. Quando, em nossa primeira consulta, falei-lhe que trabalharia com os sentimentos relacionados a seu quadro e a vi citar o Dr. M como alguém que lhe falara algo no mesmo sentido que eu, pensei ter conseguido um ponto a favor da condução do tratamento. Creio que sua resistência em se tratar, entretanto, encarregou-se de identificar diversos pontos que pudessem atuar de forma negativa em minha representação para ela. Daí, o abandono.

Talvez seja possível encontrar outros caminhos interpretativos sobre a dinâmica psíquica de VAR. Foram poucas consultas e, assim, são identificados diversos pontos ainda

obscuros em seu relato, o que pode possibilitar o levantamento de várias outras hipóteses. Entretanto, não é objetivo do atual trabalho discuti-las no momento.

— CONCLUSÃO —

A falha presente na avaliação inicialmente proposta neste trabalho deve-se à limitação que ainda encontro em organizar os conceitos da obra psicanalítica que tantas modificações sofreram ao longo dos anos de sua elaboração. Foi-me gratificante, embora assim, desenvolvê-lo e poder associar um pouco da teoria psicanalítica a minha prática psiquiátrica.

Apenas com os conhecimentos da Psiquiatria atual, estritamente farmacológica e classificatória, pouco teria a oferecer à paciente que recebera o diagnóstico de Transtorno de Personalidade Narcisista. Afora o uso de certas drogas com o intuito de controlar alguns de seus sintomas pouco evidentes, seu caso não teria um tratamento específico e, provavelmente, acabaria por determinar a percepção de que estava diante de um caso desinteressante e sem perspectivas de melhora. Poderia ainda, num primeiro momento, dentro desse contexto psiquiátrico, questionar dois diagnósticos diferenciais ao Transtorno de Personalidade: um Transtorno Delirante Persistente — em cujo conteúdo estaria a grandiosidade — ou um Transtorno do Humor — provavelmente, um episódio de mania com sintomas psicóticos.

Ao utilizar a teoria psicanalítica associada à visão psiquiátrica, inicialmente já é possível estabelecer duas ressalvas ao que se pôde concluir até aqui. Primeiro, não parece se tratar de um caso onde não existe uma possibilidade terapêutica: a Psicanálise poderia ser oferecida a essa paciente não só como um instrumento de compreensão teórica, mas também como um tratamento possível, desde que fosse de seu interesse assim se tratar. Segundo, as duas hipóteses levantadas como diagnósticos diferenciais não poderiam ser sustentadas por dizerem respeito a quadros psicóticos, enquanto a análise do caso parece evidenciar que se trata de uma paciente com neurose histérica.

Com este trabalho, foi possível, assim, demonstrar que a prática estabelecida sob a associação entre Psicanálise e Psiquiatria pode oferecer uma abordagem mais abrangente de casos que poderiam cair no niilismo terapêutico de nossa era psicofarmacológica.

— ANEXO —

Solidão
(Paulo César Pinheiro)

Eu sozinho sou mais forte
Minh'alma mais atrevida
Não fujo nunca da vida
Nem tenho medo da morte

Eu sozinho de verdade
Encontro em mim minha essência
Não faço caso de ausência
E nem me incomoda a saudade

Eu sozinho em estado bruto
Sou força que principia
Sou gerador de energia
De mim mesmo absoluto

Eu sozinho sou imenso
Não meço nunca o meu passo
Não penso nunca o que faço
E faço tudo o que penso

Eu sozinho sou a Esfinge
Pousado no meio do deserto
Que finge que sabe o que é certo
E sabe que é certo que finge

Eu sozinho sou sereno
E diante da imensidão
De toda essa solidão
O mundo fica pequeno

Eu sozinho em meu caminho
Sou eu, sou todos, sou tudo
E isso sem ter contudo
Jamais ficado sozinho

Fonte:

<http://www.na-cp.rnp.br/~murgel/MPBNet/musicos/paulo.cesar.pinheiro/letras/solidao.htm>

— REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS —

- BRENNER, Charles. *Noções Básicas de Psicanálise; Duas Hipóteses Fundamentais*.
Revisão Técnica: Jayme Salomão. 4.ed. Rio de Janeiro: Imago, 1987.
- BRENNER, Charles. *Noções Básicas de Psicanálise; O Aparelho Psíquico*. Revisão
Técnica: Jayme Salomão. 4.ed. Rio de Janeiro: Imago, 1987.
- BRENNER, Charles. *Noções Básicas de Psicanálise; O Aparelho Psíquico (Continuação)*.
Revisão Técnica: Jayme Salomão. 4.ed. Rio de Janeiro: Imago, 1987.
- BRENNER, Charles. *Noções Básicas de Psicanálise; O Aparelho Psíquico (Conclusão)*.
Revisão Técnica: Jayme Salomão. 4.ed. Rio de Janeiro: Imago, 1987.
- BRENNER, Charles. *Noções Básicas de Psicanálise; Os Impulsos*. Revisão Técnica:
Jayme Salomão. 4.ed. Rio de Janeiro: Imago, 1987.
- FREUD, Sigmund. *Obras Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira; Os
Instintos e Suas Vicissitudes (1915)*. Direção Geral: Jayme Salomão. Vol. XIV. Rio de
Janeiro: Imago, 1996.
- FREUD, Sigmund. *Obras Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira;
Sobre o Narcisismo: Uma Introdução (1914)*. Direção Geral: Jayme Salomão. Vol.
XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- FREUD, Sigmund. *Obras Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira; Três
Ensaio Sobre a Teoria da Sexualidade (1905)*. Direção Geral: Jayme Salomão. Vol.
VII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

- FREUD, Sigmund. *Obras Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira*; Leonardo Da Vinci e Uma Lembrança de sua Infância (1910). Direção Geral: Jayme Salomão. Vol. XI. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- FREUD, Sigmund. *Obras Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira*; Notas Psicanalíticas Sobre um Relato Autobiográfico de um Caso de Paranóia (Dementia Paranoides) (1911). Direção Geral: Jayme Salomão. Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- FREUD, Sigmund. *Obras Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira*; Formulações Sobre os Dois Princípios do Funcionamento Mental (1911). Direção Geral: Jayme Salomão. Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- FREUD, Sigmund. *Obras Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira*; Totem e Tabu (1913 [1912-13]). Direção Geral: Jayme Salomão. Vol. XIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- FREUD, Sigmund. *Obras Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira*; A Negativa (1925). Direção Geral: Jayme Salomão. Vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- GABBARD, Glen O. *Psiquiatria Psicodinâmica: Baseado no DSM-IV*; Agrupamento B dos Transtornos de Personalidade: Narcisista. Trad. Luciana N. de A. Jorge e Maria Rita Secco Hofmeister. 2.ed. Porto Alegre: ArtMed, 1998.
- GARCIA-ROZA, Luiz Alfredo. *Introdução à Metapsicologia Freudiana – 3*; Narcisismo. 5.ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1995.
- HANNS, Luiz Alberto. *Dicionário Comentado do Alemão de Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- KAPLAN, Harold I; SADOCK, Benjamim J; GREBB, Jack A. *Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica*; Transtornos de Personalidade. Trad. Dayse Batista. 7.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

- LAPLANCHE, Jean; PONTALIS, Jean-Bertrand. *Vocabulário da Psicanálise*. Trad. Pedro Tamen. 4.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- MASSON, Jeffrey Moussaieff. *A Correspondência Completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess — 1887-1904; A Intensificação da Amizade*. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Imago, 1986.
- Organização Mundial de Saúde. *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas*. Trad. Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- OSOL, Arthur. *Dicionário Médico Blakiston*. Editor: Edmondo Andrei. 2.ed. São Paulo: Organização Andrei Editora Ltda.
- OTTO, Fenichel. *Teoria Psicanalítica das Neuroses; O Desenvolvimento Psíquico Inicial: O Ego Arcaico*. Trad. Samuel Penna Reis. São Paulo: Editora Atheneu, 2000.
- OTTO, Fenichel. *Teoria Psicanalítica das Neuroses; O Desenvolvimento Psíquico Inicial (Continuação); Desenvolvimento dos Instintos, Sexualidade Infantil*. Trad. Samuel Penna Reis. São Paulo: Editora Atheneu, 2000.
- OTTO, Fenichel. *Teoria Psicanalítica das Neuroses; O Método da Psicanálise*. Trad. Samuel Penna Reis. São Paulo: Editora Atheneu, 2000.
- OTTO, Fenichel. *Teoria Psicanalítica das Neuroses; Os Pontos de Vista Dinâmico, Econômico e Estrutural*. Trad. Samuel Penna Reis. São Paulo: Editora Atheneu, 2000.
- OTTO, Fenichel. *Teoria Psicanalítica das Neuroses; Transtornos Caracterológicos*. Trad. Samuel Penna Reis. São Paulo: Editora Atheneu, 2000.
- QUILICI, Mário. Narcisismo. In Psipoint, maio de 1999. (<http://www.psipoint.com.br/ArquivoPsicopatologia5.htm>).
- QUILICI, Mário. O Mito Grego de Narciso. In Psipoint, outubro de 2001. (<http://www.psipoint.com.br/ArquivoNarcisismoMito.htm>).

TRANSTORNO DE PERSONALIDADE NARCISISTA: A DINÂMICA DO NARCISISMO

Adriana Kelmer Siano

ROUDINESCO, Elizabeth; PLON, Michel. *Dicionário de Psicanálise*. Trad. Vera Ribeiro,

Lucy Magalhães. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

Ψ - . - Ψ