

O cômico do delírio

Gabriel Ferreira Câmara*

Unitermos: cômico; humor; delírio; paranoia; ingênuo; exagero.

Resumo

A princípio, tratar dos delírios numa jornada que tem como tema central o Humor pode parecer assunto controverso: o que, no delírio, poderia evocar o cômico? Freud, em "Os chistes e sua relação com o Inconsciente", classifica o ingênuo como espécie de cômico e utiliza comentários de crianças pequenas para dar exemplos de seu efeito. Neste trabalho, tento associar o efeito cômico do delírio com o ingênuo. A partir da escrita de Schreber, relaciono a regressão à fase narcisista do desenvolvimento da libido e, conseqüentemente, os sintomas de megalomania, com um efeito cômico no delírio de um paranoico. Outra característica do delírio a ser explorada, a partir do viés cômico, é seu exagero. O paranoico só mantém sua estrutura delirante com muito custo. Por fim, questiono sobre o humor do psiquiatra e se efeitos benéficos ao paciente podem surgir nestas circunstâncias.

A princípio, humor e delírio são dois temas que jamais se misturariam, parece ser um assunto controverso. E admito que me propus a escrever este trabalho por mera curiosidade, sem pretensões de chegar a algo novo, ou a algo que tenha importância na prática, quer do psiquiatra, quer do psicanalista. Porém, como Freud já nos ensinou, nenhum processo psíquico ocorre desconexo de outros, uma ideia está sempre próxima de outras tantas ideias e grupos de ideias, que aparentemente não se relacionam, encontram, por processos de transferência de catexias, próprios do inconsciente, conexões inesperadas por parte de nossa lógica consciente. Portanto, o estudo do cômico no delírio pode, por si só, levantar questões sobre o que, para mim, é o tema principal, a origem e a significação dos delírios.

Ciente do sofrimento que o delírio causa a seu criador, pensei até em desistir da minha tentativa de fazer tal associação. Porém, quem, como eu, tem a oportunidade de conviver com pacientes com transtornos psiquiátricos em uma unidade de internação, sabe que há situações engraçadas. Lembro agora da mãe de um paciente paranoico, que me relatou um

fato cômico de sua história.

Almir já estava bastante doente e evitava qualquer tipo de contato devido a seu delírio de perseguição. Resolveu, então, consultar-se com uma psicóloga. Ao final da entrevista, esta lhe disse: "Olha, aí, você não é maluco, não. O que você precisa é de uma terapia para se entender melhor". Prontamente e com muita sagacidade, ele respondeu: "Pois eu vou te provar que sou maluco!" Naquele momento, todos que ouviram tal história descarregaram seus sorrisos em gargalhadas.

Poderíamos questionar se o paciente, ao afirmar que é louco, contrariando todos os seus esforços para provar o oposto, teve a intenção de produzir algo cômico, ou se seu comentário foi ingênuo. De qualquer forma, fez uso de uma conhecida técnica do cômico: a revelação ou autotraição.

No caso acima, o cômico surgiu de uma situação inusitada, e não é raro encontrar pacientes psicóticos com um senso de humor aguçado. Mas, o que, no delírio especificamente, poderia evocar o cômico?

Neste momento, surgem dois caminhos possíveis. Posso descrever situações engraçadas, baseadas nos delírios de

*Médico residente de Psiquiatria; aluno do CPB

pacientes que conheci, e, paralelamente, tecer comentários sobre cada história, utilizando material da teoria psicanalítica e da psicopatologia para justificar o conteúdo cômico. Ou posso seguir na trilha de um trabalho mais teórico, passando por uma revisão da psicopatologia até uma síntese do pensamento freudiano em relação ao delírio, encontrando pontes que me permitam fazer a ligação esperada. Creio que seria mais divertido se escolhesse a primeira opção, mas escolhi a segunda, pois penso ser mais rica em oportunidades, embora menos agradável.

I

Para a psicopatologia fenomenológica, importa a definição de real/realidade, pois, para esta, o delírio é uma alteração na consciência global da realidade e, conseqüentemente, no juízo de realidade.

Real é tudo que percebemos corporeamente e que nos impõe resistência. A realidade é construída a partir do que se percebe do real. É através da significação das coisas que apreendo a realidade, e ela é embasada na prática do cotidiano. Óbvio que existe também uma realidade pensada, mas, para Jaspers, o que vale é a realidade vivida, que é compartilhada por todos os indivíduos de uma mesma cultura.

À medida que o indivíduo vive a realidade, paralelamente elabora juízos, justamente para significar esta realidade. Jaspers (1996) se dedica a perscrutar as vivências deliran-

tes primárias, as quais surgem na vida do indivíduo como algo novo, inapreensível, incompreensível. Algo que quebra a sequência da biografia do indivíduo. Neste momento, há uma radical transformação da consciência de significação, tudo se apresenta de forma peculiar ao indivíduo, com nova vestimenta. A partir daí, julgar-se-á tudo falsamente. Estas vivências seriam, portanto, o ponto exato de transição entre o adequado ajuizar da realidade e a origem do falso juízo patológico, que delimitaria o campo do delírio.

Com as vivências delirantes primárias, abre-se caminho para a disposição delirante ou tremata. O indivíduo convive com uma constante sensação de estranheza no ar, o ambiente está diferente, e isto é algo que o indivíduo não consegue decifrar. Esta experiência é extremamente angustiante para ele, que mantém seu sistema psíquico em alta tensão. No momento em que o indivíduo constrói seu sistema delirante, passa a se relacionar com o mundo ao seu redor de forma totalmente peculiar, ninguém mais compartilha de suas idéias.

Na maioria das vezes, o delírio impede que o indivíduo mantenha um convívio salutar em sociedade, mas, apesar de tudo, ele pode descarregar sua energia, pois agora sente que domina a situação. Neste momento - poderíamos pensar -, o indivíduo descarregaria sua tensão num largo sorriso.

Ainda em relação às vivências delirantes primárias, podemos dividir seus conteú-

dos - levando em consideração o material sensível em que se experimenta a significação - em percepção, representação, recordação, cognição delirante, etc. Fala-se em percepção delirante quando, por exemplo, uma mulher com delírio de ciúme encontra um fio de cabelo no carro do amante e crê que se trata de uma traição, e que ele acabou de manter relações sexuais com a vizinha, dentro de seu carro; de representação delirante, quando o indivíduo recorda fatos de seu passado, emprestando novas colorações ao acontecido. O indivíduo se lembra de sua ida à Inglaterra e de que visitou o palácio real. Lembra da rainha passando ao longe e se recorda bem como esta olhou só para ele. Por isso crê ser seu filho e, ato contínuo, fazer parte da realeza britânica.

As cognições delirantes constituem elementos frequentes em psicoses agudas ricas. Geralmente, são grandes acontecimentos mundiais de que o indivíduo toma conhecimento, porém não são situações verdadeiramente vivenciadas pelo indivíduo. Mas, por fim, encontra um papel para ele na história alheia.

A psiquiatria trata o delírio como um sintoma central das síndromes psicóticas, principalmente da esquizofrenia. O delírio marcaria, então, o início de um transtorno psiquiátrico. Apesar de concordar com esta visão, Jaspers reconhece que, além disso, o delírio também protege o indivíduo de situações insuportáveis. E, sendo este um pensamento fixo, já o faz relacionar-se com o cômico.

II

Seguir aprofundando a teoria da psicopatologia não me ajudaria muito na missão a ser cumprida - encontrar o que poderia evocar o cômico numa história delirante. Acredito que o que existe de mais cômico num relato delirante - obviamente, para o outro que o escuta - provém justamente da comparação, e, onde há comparação, há uma identificação prévia.

Apsicanálise, percorrendo caminho oposto ao da fenomenologia, começa onde esta pára. O delírio é uma elaboração dada pelo indivíduo ao retorno do reprimido. Freud entende o delírio como uma tentativa de voltar a direcionar a libido para os objetos do mundo externo. Portanto, ele é uma tentativa de cura, e não o principal sintoma que marca um transtorno mental. Pensando assim, não seria de bom grado tratar o paciente psiquiátrico com o objetivo de livrá-lo de sua história. E está fora de cogitação a possibilidade de, um dia, a psicofarmacologia encontrar uma droga que delete o delírio da história de vida do paciente. O mais sensato é tentar escutá-lo, captar o discurso do inconsciente.

Jonildes Miriam de Souza (1998), em seu texto "O cômico é o infantil", afirma que o riso parte de alguma recordação da ordem infantil que remete à censura do adulto, produzindo um efeito cômico. E o que isto teria a ver com o delírio do psicótico?

III

Há, em todo discurso, uma

posição do adulto e outra da criança, porém esta é reprimida, pois não seria aceita em sociedade - o nonsense é cômico apenas em determinadas situações, na maioria das vezes, seria motivo de pilhéria e de ridicularização. E o louco tem em mãos um poder que lhe permite falar de coisas que nós jamais nos arriscaríamos. Ele pode ser visto como ingênuo, e isto o isenta de qualquer culpa, daí poder ser cômico para o outro que o escuta. Ao invés de ridículo, cômico.

A relação dos transtornos psiquiátricos com o infantil é bem presente na prática clínica. O psicótico e outros indivíduos com diversos diagnósticos psiquiátricos têm, muitas vezes, comportamento infantil. São pessoas que não conseguem cuidar de si próprios, e suas famílias os tratam como verdadeiras crianças. Alguns, inclusive, precisam que sua família imponha horários fixos para tomar as medicações e dormir, por exemplo.

Se eles se comportam e são vistos como crianças dentro da família, por que não seria assim também para a sociedade?

Faço uma digressão no momento para afirmar que não tenho a pretensão, como médico e residente de psiquiatria, de reduzir os problemas de um indivíduo com transtorno psiquiátrico a coisa de criança. Não desejo diminuir o sujeito que sofre com seus sintomas, a um débil mental. Muito pelo contrário, alguns psicóticos que conheci e me relataram suas ideias delirantes, demonstraram

astuta compreensão de seu processo e são pessoas ricas de conhecimento. No momento, aparento-me mais com um fenomenólogo curioso que descreve o que vê, sem lançar mão de qualquer juízo de valor.

Mas, voltando à pergunta anterior: que conteúdo do delírio poderia servir de base para uma empatia e posterior comparação? Um delírio soa tão estranho aos nossos ouvidos! Também é fora de qualquer contexto real! Porque riríamos de um indivíduo que afirma ser Jesus Cristo? Ou de outro que se esconde porque está sendo perseguido pelo presidente dos Estados Unidos e toda força armada americana?

Estudando o caso de Schreber, Freud descreve os mecanismos de seu adoecimento e também generaliza alguns de seus achados como válidos para a paranoia. Sua doença iniciou-se devido ao retorno de fantasias homossexuais que antes estavam reprimidas. A hipercatexização dessas fantasias é justificada por três acontecimentos em sua vida pessoal: o afastamento de sua esposa, devido a problemas de saúde, o fato de ele não ter tido filhos, e sua idade - nessa época, Schreber contava 51 anos; Freud fala do climatério masculino.

Toda sua construção delirante gira em torno de sua fantasia de emasculação. Inicialmente, esta lhe causava intenso sofrimento, e ele resistia o quanto podia. Posteriormente, apresentou melhora do seu quadro clínico paralelamente à sua aceitação da fantasia de

emasculação, que passou a ficar em harmonia com a Ordem das coisas - pôde, então, reconciliar-se com Deus e retornar à sociedade.

Na paranoia, há uma regressão da libido para um ponto de fixação ligado à fase narcisista de seu desenvolvimento. Freud fala de possíveis frustrações na vida real que permitiriam à libido fluir regressivamente. Como consequência, toda ela passa a ser investida no ego. Este, então, passa a ser supervalorizado sexualmente, pois, na contradição que rejeita a proposição "eu o amo" como um todo, sobra "não amo de modo algum - não amo ninguém", que seria o mesmo que afirmar "eu só amo a mim mesmo".

A megalomania que os paranoicos relatam em seus delírios é consequência deste ego supervalorizado. O delírio de fim de mundo, tão frequentemente visto na prática clínica, pode ser encarado como uma percepção endopsíquica de retirada de catexias libidinais do mundo externo.

Para mim, o que pode haver de mais cômico num relato delirante, são exatamente comentários que dão vazão aos sintomas de megalomania. Como adultos saudáveis, tivemos, em algum momento de nossas vidas, que desistir de atuar no mundo de acordo com nosso princípio de prazer, e passamos a adotar o princípio de realidade, para melhor nos adequarmos a esta. Mas apenas inibimos nossas tendências narcisistas, não as apagamos por completo de nossas mentes.

Se, em determinadas circunstâncias, tratamos do psicótico como uma criança, ele pode nos fazer sorrir com seu comentário ingênuo, rico de elementos de megalomania e egocentrismo, pois nos presenteia com sua suposta desinibição, que torna nossa própria energia repressora desnecessária - Freud afirma que, para se emergir o ingênuo, o valor da censura deve ser reduzido a zero.

Com isso, não estou afirmando que não há censura no psicótico, pois, segundo Freud, todas as características do ingênuo inexistem a não ser na compreensão da pessoa que o escuta - ela coincide com a terceira pessoa do chiste. Consideramos, então, que aquele que comenta não possui a mesma inibição nossa, assim sendo, nos introduzimos no estado psíquico deste e fazemos a comparação com nosso próprio estado psíquico.

Bom lembrar que não há técnica no ingênuo, aquele que faz o comentário pretende ser escutado com seriedade, não é como uma produção chistosa, não há intencionalidade.

IV

Freud afirma que o humor enaltece o ego, e o associa ao narcisismo. Ele serve como método construído pela mente humana para fugir à compulsão de sofrer - compulsão à repetição. Estaria, então, a serviço de Eros.

Eros está vinculado à união, já Tanatos separa, fragmenta. Melaine Klein contribui neste

ponto e acrescenta que a ansiedade tem relação com a pulsão de morte. Em situações de frustração, há um predomínio de Tanatos, que ameaça o organismo de aniquilamento. O paranoico, que tem seu ponto de fixação localizado na posição esquizoparanoide, utiliza-se da projeção como principal mecanismo de defesa. Ele lança aos objetos sua parte odiada e agressiva, e estes se tornam, então, severos perseguidores. Como mecanismo de defesa primitivo contra a ansiedade, o ego tende a desintegrar-se.

Das nosologias psiquiátricas que acometem o indivíduo de estrutura psicótica, talvez seja a paranoia a que menos permita a fruição do prazer humorístico. Klein fala da dificuldade de se analisar um paciente paranoico, pois apresenta um tipo muito difícil de resistência. Esta mesma resistência pode ser expandida para todas as outras relações objetais, inclusive com seu médico psiquiatra. O indivíduo paranoico está sempre suspeito, parece distante de todos, porém está sempre atento, por se sentir constantemente ameaçado.

Paranoia e esquizofrenia são diagnósticos que muitas vezes se superpõem, e um diagnóstico diferencial muitas vezes difícil na clínica psiquiátrica é entre a Esquizofrenia e o Transtorno Afetivo Bipolar, quando marcado por mais sintomas psicóticos. O bipolar também pode evoluir para um esvaziamento cognitivo e um empobrecimento de seu nível de funcionamento, a tal ponto que sua história evolutiva passa a ser

semelhante à de um esquizofrênico.

Um paciente, ao longo de sua vida, pode alternar sintomas das duas patologias. Em muitos casos, inclusive, o correto diagnóstico só pode ser dado retrospectivamente, e, quando isso não é possível, a psiquiatria moderna tem um termo bastante confortável para dizimar a dúvida - chama-o, então, de Esquizoafetivo.

Mesmo na primeira consulta, um observador mais cuidadoso pode até conseguir fazer o diagnóstico diferencial adequado. É que o bipolar, mesmo o mais gravemente comprometido, tem, na maioria das vezes, mais capacidade de permitir a fruição do humor. Ele é mais flexível com as palavras, permitindo, desta forma, o brincar, tão importante para a produção humorística.

Freud, estudando o caso de Schreber, dá muita ênfase às fantasias de desejo homossexual, porém percebo que ele não presta a atenção devida aos sintomas persecutórios. Afirmo que o medo persecutório é consequência da contradição da proposição "eu o amo", utilizando a projeção e a alteração da qualidade da emoção ao seu oposto como mecanismos de defesa. Portanto, temos: "Ele me odeia (persegue), o que me desculpará por odiá-lo". Concordo mais com Klein, que associa a origem do sentimento de perseguição a mecanismos de defesa bastante primitivos como o par projeção/introjeção, mas também divisão, idealização e negação, estágio de desenvolvimento em que o

ego ainda não está devidamente unificado.

O ponto de fixação do paciente bipolar não é tão precoce quanto o do esquizofrênico e do paranoico. Para Klein, está localizado na posição depressiva, momento do desenvolvimento em que seu ego já está mais integrado, o que lhe permite mecanismos de defesa mais elaborados e uma maior capacidade de lidar com as frustrações e perdas.

Numa consulta psiquiátrica, fico satisfeito quando há espaço para o lúdico e para o bom humor. Alguns pacientes psicóticos, mesmo em situações de intensa angústia, conseguem ter prazer com o jogo de palavras e com os chistes, chegando a rir do que surge no diálogo. Considero esta capacidade um marcador de saúde do ego, por indicar uma maior integração e maior capacidade de simbolização.

O humor do psiquiatra, se empregado em momento oportuno, pode trazer alívio ao paciente, pegá-lo de surpresa, por ser uma reação inesperada por parte deste. Evidente que não podemos exercer o papel do superego dos nossos pacientes, mas podemos - em momento oportuno dado pelo paciente - aliviar por um curto tempo a tensão e favorecer o estreitamento da relação médico-paciente, do que decorre uma maior adesão ao tratamento, inclusive o farmacológico.

REFERÊNCIAS

FREUD, S. Os chistes e sua relação com o inconsciente [1905]. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas*. Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. VIII.

_____. Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia [1911]. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas*. Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XII.

JASPERS, K. *Psicopatologia Geral*. 8. ed. São Paulo: Atheneu, 1996.

KLEIN, M. Notas sobre alguns mecanismos esquizoides [1957]. In: *Obras completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1991. v.III.

SOUZA, Jonildes Miriam. O cômico é o infantil. *Agente. Revista de Psicanálise*, Salvador, DBC - Artes Gráficas, v. 10, p. 42-44, abr. 1998.

The Comic of Delusion

Keywords: *Comic. Humour. Delusion. Paranoia. Ingenuous. Exaggeration.*

Abstract

Which aspect of a patient's delusion could evoke the comic? In this article the author will try to answer this question. Studying Schreber's case, Freud affirms that, in the paranoiac patient, the libido regresses to its narcissistic phase of development, and as a consequence, grandiose symptoms emerge in his pathological history. The author will associate the comic that can be evoked in a delusion with the ingenuous - a type of comic. Another characteristic of delusions that can be explored by a comic point of view is its exaggeration. Finally, the author raises questions about the humour of the physician and possible benefits for the patient.