

Narcisismo perverso na clínica contemporânea

Violência, frustrações e desafios

Fauzi Palis Junior,¹ Ituiutaba, Minas Gerais

Resumo: A prática clínica contemporânea enfrenta desafios com personalidades narcísicas complexas, exigindo revisão das bases técnicas da psicanálise. Analistas lidam com quadros de grandiosidade defensiva e violência relacional que desestabilizam o setting. Tais encontros demandam escuta flexível, capaz de transformar impasses em oportunidades clínicas. A psicanálise demonstra capacidade de renovação através desses desafios, reafirmando sua relevância ao promover transformação mútua entre paciente e analista.

Palavras-chave: narcisismo, violência, escuta, transformação

A prática clínica psicanalítica frequentemente confronta o analista com situações de desilusão e frustração, especialmente ao lidar com pacientes que desafiam as técnicas e os conceitos tradicionais. Essa realidade torna-se ainda mais evidente na atualidade, diante da presença frequente de pacientes com características de personalidade-limite e traços narcisistas perversos. A violência presente no vínculo transferencial frequentemente suscita respostas contratransferenciais de igual intensidade ou, comumente, sentimentos de impotência e fracasso.

Inspirando-se nas reflexões de Freud em “Análise terminável e interminável” (1937/1975a) e na profundidade teórica de Green em *Illusions et désillusions du travail psychanalytique* [Ilusões e desilusões do trabalho psicanalítico] (2010), busca-se explorar os impasses e desafios que caracterizam essas análises, aprofundando questões técnicas e desafios emocionais envolvidos.

A cultura contemporânea, caracterizada por amplificar traços narcísicos, exerce influência significativa sobre como os indivíduos vivenciam e expressam seus conflitos psíquicos. Kristeva (2002) aponta que a diluição das diferenças culturais, de gênero e de gerações – somada à primazia da imagem sobre a reflexão, ao consumismo exacerbado e ao culto ao corpo –, configura uma subjetividade orientada pela aparência e pela busca de validação externa. Esses fatores favorecem a negação de aspectos mais profundos e vulneráveis do self, dificultando a formação de uma identidade estável e integrada.

1 Psiquiatra pela Universidade de São Paulo, campus Ribeirão Preto (USP-RP). Psicanalista. Membro da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo (SBPSP) e do Núcleo Psicanalítico de Uberlândia e Região (NPU).

Essas transformações culturais geram desafios à escuta clínica e ao manejo técnico, especialmente no atendimento a pacientes com exacerbação de características narcísicas – casos que demandam abordagens refinadas para lidar com resistências particulares que emergem na relação analítica. Desde a década de 1960, autores como Rosenfeld (1968), Kernberg (1975), Meltzer (1979) e Green (1983/1988) destacaram a complexidade de mobilizar processos transferenciais significativos nesses pacientes, cuja grandiosidade – sustentada pelo falso self – encobre uma intensa fragilidade psíquica e um profundo temor da dependência.

Pesquisas recentes têm identificado formas mais sutis de funcionamento narcisista, que apresentam obstáculos adicionais à efetividade do tratamento. Calich et al. (1993) descrevem o fenômeno do distanciamento afetivo, mascarado por uma pseudocooperação, no qual o paciente demonstra aparente colaboração sem se engajar verdadeiramente no processo. Essa postura, frequentemente acompanhada por relações interpessoais aparentemente harmoniosas, impede o contato genuíno consigo mesmo e com o outro, constituindo um desafio crítico à transformação psíquica.

Embora essas dinâmicas sejam mais evidentes em pacientes narcisistas, também podem surgir em outros contextos clínicos, especialmente durante períodos de maior demanda emocional. O reconhecimento e a interpretação dessas manifestações são essenciais para evitar rupturas na aliança terapêutica ou a estagnação do processo analítico. A ausência de manejo adequado pode reforçar padrões de resistência, dificultando ainda mais o progresso durante uma análise.

Avanços teóricos e clínicos no estudo do narcisismo têm desenvolvido abordagens psicodinâmicas mais adaptadas às limitações impostas por esses pacientes. Criar um espaço suficientemente seguro, que permita a cada um confrontar sua vulnerabilidade sem sentir-se exposto ou humilhado, é condição indispensável para o processo. Essa abordagem, associada ao manejo sensível da transferência e da contratransferência, possibilita o acesso a aspectos previamente inacessíveis do self, promovendo uma experiência terapêutica mais profunda e transformadora.

Dessa forma, a escuta psicanalítica adapta-se às demandas impostas pela cultura contemporânea, reafirmando sua importância como ferramenta essencial para compreender e cuidar das complexidades do psiquismo humano. Ao enfrentar os desafios, a psicanálise expande suas fronteiras e reafirma sua relevância no contexto atual.

A psicodinâmica do narcisismo e da perversão

É interessante pensar como Freud (1914/1974) já vislumbrava o impacto das questões narcísicas no psiquismo, mesmo sem abordar diretamente o tipo de personalidade que descrevemos aqui. Até mesmo porque isso somente foi aparecendo em sua plenitude com o passar do tempo. Ele introduziu o narcisismo como fenômeno psíquico com dois estágios principais: o narcisismo primário, em que a libido é investida no ego; e o narcisismo secundário, caracterizado pelo retorno da libido ao ego diante de frustrações ou dificuldades relacionais. Embora não tenha diretamente abordado o transtorno de personalidade narcisista, análises como a do Homem dos Lobos ofereceram bases fundamentais para estudos posteriores.

Já em relação à perversão, Freud (1927/1975b) a compreendia principalmente a partir do mecanismo de recusa da castração, resultando em uma cisão do ego. O sujeito perverso simultaneamente reconhece e nega a realidade da diferença sexual, estabelecendo um funcionamento psíquico particular, onde a subjetividade do outro é frequentemente comprometida. Esse mecanismo de recusa torna-se um ponto crucial para entender as dinâmicas perversas em suas manifestações clínicas e relacionais.

Frequentemente vemos na clínica pacientes consumidos por uma espécie de autoenvenenamento emocional que contagia o analista. Foi Klein (1991) que, ao expandir a teoria freudiana, desenvolveu o conceito de identificação projetiva e argumentou que o narcisismo poderia ser entendido como uma relação de objeto narcisista ou um “estado narcísico”. Em seu trabalho sobre inveja, ela aprofundou as dinâmicas narcisistas e mostrou como a inveja corrói as relações internas e externas, exacerbando a fragilidade psíquica. Isso nos ajuda a compreender essa dinâmica na clínica, em relação às identificações projetivas maciças tantas vezes exitosas. O paciente “usa” o analista como parte não separada, projetando idealizações, tanto boas quanto perversas de si.

As contribuições de Kernberg (2008) ajudam a reconhecer a centralidade da agressão no funcionamento narcisista. Ele mostrou como essa organização psíquica se caracteriza não apenas pela grandiosidade, mas por uma profunda desvalorização do outro. Seu conceito de narcisismo maligno revelou a intrincada teia que conecta o transtorno narcisista, traços antissociais e elementos paranoides.

Uma perspectiva menos patologizante surgiu com Kohut (1971), que nos convidou a considerar o papel fundamental do narcisismo saudável na construção de um self coeso. Para ele, o narcisismo patológico não é uma entidade isolada, mas o resultado de falhas no ambiente responsivo durante a infância – uma visão que humaniza o paciente narcisista.

Os estudos de Rosenfeld (1968) sobre narcisismo destrutivo trouxeram à luz aquela “identidade má” que pode dominar o psiquismo e impulsionar

comportamentos autodestrutivos. Na mesma linha, Meltzer (1979) explorou a organização narcisista como uma estrutura defensiva que, ao mesmo tempo que protege contra ansiedades persecutórias, torna-se uma prisão que bloqueia o crescimento emocional.

Green (1983/1988) ofereceu uma distinção iluminadora entre dois tipos de narcisismo: o de vida, vinculado à preservação essencial do eu; e o de morte, marcado pela desconexão emocional e pelo predomínio silencioso da pulsão de morte – dualidade que frequentemente observamos na clínica contemporânea.

No campo da perversão, devemos destacar também a contribuição de Racamier (1992), que introduziu o conceito de perversão narcísica para descrever uma organização estável caracterizada pela capacidade e prazer de se proteger dos conflitos internos, valendo-se disso em detrimento de um objeto manipulado como utensílio. Para ele, a perversão narcísica não se refere a um tipo específico de personalidade, mas a uma patologia relacional na qual a noção de alteridade é inexistente.

A psiquiatra Marie-France Hirigoyen (2000), por sua vez, explorou o conceito de perverso narcisista para descrever indivíduos que, sob a influência de um “eu grandioso”, tentam criar um vínculo com outra pessoa, atacando especialmente sua própria imagem de integridade com o objetivo de desarmá-la. Esses indivíduos atacam o amor-próprio dos outros, sua confiança e autoestima, fazendo-os acreditar que o vínculo com o perverso é insubstituível.

Narcisismo perverso

Ampliando a compreensão da clínica do narcisismo em sua manifestação perversa, propõe-se aqui o conceito de *narcisismo perverso*, uma organização psíquica caracterizada pela fusão entre defesa narcísica extrema e mecanismos de violência relacional, manifestando-se com intensidade crescente na clínica contemporânea. Diferente do narcisismo clássico ou do narcisismo maligno, essa organização não se estrutura apenas em torno da grandiosidade de si e da desvalorização do outro, mas na instrumentalização agressiva da relação como meio de sustentar uma identidade fraturada. O sujeito com narcisismo perverso não apenas se protege da fragilidade psíquica por meio da onipotência, mas também destrói ativamente a possibilidade de intersubjetividade genuína, minando qualquer tentativa de vínculo que possa ameaçar sua estrutura defensiva.

Manifestações clínicas de narcisismo perverso incluem uma resistência extrema ao vínculo, onde o paciente não apenas resiste ao processo analítico, mas o transforma em um espaço de desestabilização constante, seja por ataques diretos ao analista ou por mecanismos de esvaziamento e desvalorização do trabalho terapêutico. Ataques transferenciais e contratransferenciais

são intensos, e convertem a relação analítica em um campo de identificação projetiva massiva, no qual o analista é invadido por afetos destrutivos, experimentando sentimentos de exclusão, fracasso ou ódio intenso.

A violência psíquica e relacional constitui outro elemento fundamental, manifestando-se por ataques ao setting analítico, como mudanças abruptas no compromisso com o tratamento, rejeição das interpretações ou interrupções súbitas e repetidas do processo, buscando testar e ferir o analista. Com frequência, a violência se volta contra o próprio paciente, levando a comportamentos autodestrutivos e a uma oscilação constante entre grandiosidade e autodesprezo.

Diferente do narcisismo patológico descrito por Kernberg (1975) ou Kohut (1971), onde ainda há busca por admiração e reconhecimento, o narcisismo perverso se caracteriza por um esvaziamento existencial e ódio ao desejo, aniquilando-o como estratégia de defesa contra a dependência emocional. O paciente não apenas se isola, mas desqualifica e destrói qualquer forma de reconhecimento mútuo.

O narcisismo perverso distingue-se significativamente de outros conceitos similares. Enquanto a perversão narcísica de Racamier (1992) enfatiza a manipulação e a negação da alteridade como meio de sustentar a onipotência psíquica, o narcisismo perverso leva esse funcionamento a um patamar de violência aberta, com ataques destrutivos ao vínculo analítico e sabotagem ativa do processo clínico. Já em relação ao conceito de perverso narcisista de Hirigoyen (2000), a diferença é que, enquanto este busca subjugar e destruir a autoestima do outro com manipulação e violência emocional, no narcisismo perverso o ataque vai além: dirige-se ao próprio vínculo relacional como estratégia psíquica fundamental. Não se trata apenas de enfraquecer o outro, mas de atacar violentamente o próprio espaço analítico, assim como tudo que tenha possibilidade de transformação psíquica.

A proposta desse conceito justifica-se pela necessidade de uma compreensão mais precisa das manifestações clínicas que observamos com crescente frequência na clínica nos últimos tempos. O trabalho com pacientes que apresentam narcisismo perverso exige manejo técnico de alta complexidade, pois as estratégias habituais de sustentar a transferência positiva ou trabalhar a idealização mostram-se insuficientes. A capacidade do analista de sobreviver aos ataques sem retaliar ou se retirar emocionalmente torna-se crucial para o tratamento.

Reconhecer o narcisismo perverso como fenômeno clínico específico permite desenvolver abordagens mais adequadas, considerando suas particularidades dinâmicas e adaptando a técnica psicanalítica às necessidades dessa configuração psíquica. Isso também contribui para uma melhor compreensão da violência relacional que permeia diversos contextos sociais, podendo estender-se para além do setting analítico e iluminar aspectos importantes das relações interpessoais na atualidade.

A violência narcísica na clínica atual

A agressão, tema central da psicanálise desde as formulações iniciais de Freud, é analisada aqui sob a ótica das dinâmicas transferenciais e contratransferenciais. Ele vinculou a agressão à pulsão de morte, destacando sua onipresença no funcionamento psíquico, tanto nas relações objetais quanto no direcionamento ao próprio eu (Freud, 1914/1974). Klein (1946), ao introduzir o conceito de inveja primária, revelou como a agressão encontra raízes nos estágios iniciais do desenvolvimento do ego e na relação precoce com o objeto materno. No entanto, no contexto contemporâneo as manifestações de agressividade e violência foram amplamente redefinidas, especialmente no que diz respeito às organizações narcísicas.

A violência, em suas diversas expressões, é um fenômeno urgente na cultura presente, exacerbado pelas transformações sociais, econômicas e políticas das sociedades pós-industriais. O aumento do individualismo e do consumismo intensificou a intolerância às diferenças e o dogmatismo em múltiplas esferas (Menezes, 2005; Oliveira et al., 2014) – aspectos que contribuem para a manifestação do que denominamos narcisismo perverso. Contudo, a violência não é apenas consequência de fatores externos; também reflete as vicissitudes do desamparo humano e suas repercussões nas relações (Racamier, 1992).

A distinção entre violência e agressão revela que esta, como parte do aparato instintivo, pode ter funções adaptativas e criativas, favorecendo a estabilidade física e mental. Em contraste, a violência emerge como expressão interpessoal da agressividade, cujo objetivo é causar dano emocional ou físico ao outro (Kernberg, 2008; Ogden, 1979). Essa distinção é crucial para compreender as dinâmicas de transtornos de personalidade narcisista, particularmente no espaço analítico, onde a violência frequentemente se manifesta como padrão de controle e depreciação nas relações.

No transtorno de personalidade narcisista, a violência interpessoal não é apenas manifestação de agressividade, mas também estratégia de sobrevivência frente ao desamparo psíquico. Esses pacientes utilizam mecanismos como a identificação projetiva para descarregar conteúdos insuportáveis no outro, frequentemente no analista, que deve processar e devolver esse material de forma transformada. Tal processo exige uma postura de contenção emocional e sensibilidade para captar os movimentos intrapsíquicos do paciente sem ser absorvido por suas dinâmicas defensivas (Ogden, 1979; Steiner, 1993).

A violência narcisista também apresenta características distintivas em relação a outros tipos. Enquanto formas mais integradas de agressividade podem envolver dinâmicas triádicas (edípicas), a violência narcisista é amplamente diádica (pré-edípica), refletindo fragilidades estruturais do ego e um predomínio desses conteúdos. Esses episódios frequentemente carecem de prazer, sendo dominados por intensas ansiedades desestruturantes.

A ausência ou rudimentação de um superego estruturado agrava essa dinâmica, contribuindo para uma relação com os afetos marcada por culpa e vergonha desintegradoras.

No setting terapêutico, manifestações de violência narcisista podem ser direcionadas ao analista como expressão de fantasias inconscientes de destruição ou como tentativas de reparação narcísica. Tais atos, apesar de disruptivos, podem simbolizar um esforço inconsciente de restaurar a integridade do self ferido, projetado no outro. A compreensão dessas dinâmicas é essencial para promover transformações significativas no tratamento.

Segundo Glasser (1998), a violência narcisista pode ser classificada em dois tipos principais: autopreservação e sadomasoquista. A primeira emerge predominantemente em contextos pré-edípicos e visa proteger o self fragmentado contra ameaças externas. A segunda, embora também possa ter raízes pré-edípicas, é mais frequente em indivíduos com estrutura psíquica mais desenvolvida, incorporando dinâmicas de prazer no sofrimento e no domínio do outro. Em ambas as formas, a vítima frequentemente simboliza aspectos do self que o agressor busca negar ou destruir, ilustrando a regressividade e a intensidade dessas dinâmicas.

No processo psicanalítico, criar um ambiente seguro é fundamental para manejar a violência, pois isso permite ao paciente explorar as raízes dessa manifestação com menor risco de atuá-la, ao mesmo tempo que protege o analista. A análise cuidadosa dos fatores subjacentes – como déficits no desenvolvimento do ego e vulnerabilidades narcísicas – é essencial para facilitar a integração psíquica. Além disso, investigar afetos que acompanham atos violentos, como culpa e vergonha, pode abrir caminhos para reparar e construir relações mais saudáveis.

A violência narcisista, ao mesmo tempo que desafia o setting terapêutico, oferece uma janela única para compreender as profundezas do sofrimento humano e os mecanismos psíquicos que sustentam essas organizações. Apesar de conhecermos aspectos do narcisismo e da violência na análise, temos nos deparado já há algum tempo com formas cada vez mais intensas e complexas desses sintomas, em pacientes de diversas personalidades e características. O caso a seguir exemplifica isso.

Misandro

Este caso serve de referência para aspectos de personalidade e de uma forma de expressão que pervadem cada vez mais a clínica. Misandro² ilustra características observadas com frequência nesses pacientes. Sua relutância

2 Nome fictício, criado a partir grego antigo *μισάνθρωπος* (*misánthrōpos*), que significa “aquele que odeia a humanidade” (*misos* = ódio + *ánthrōpos* = ser humano).

inicial e agressividade defensiva exemplificam desafios do manejo de dinâmicas narcísicas na contemporaneidade.

Ele apresentava uma combinação de comportamentos autodestrutivos e ataques frontais ao analista. A repulsa em comprometer-se com a vida, associada à incapacidade de pensar sobre suas próprias ações e emoções, tornavam-se inversamente manifestas na fixação em atuações sexuais e ao uso de drogas. O quadro revelava uma intrincada rede de identificações inconscientes e desejos frustrados, que pareciam funcionar como defesas contra a reflexão e o enfrentamento da realidade psíquica.

O paciente, um adulto jovem, foi trazido pelos pais devido a um quadro depressivo severo com ideação suicida. Falava com hostilidade que não queria viver mais porque não valia a pena: “Gente é uma merda”, dizia. Por outro lado, expressava ódio a si mesmo porque não conseguia se matar, pois não tinha coragem. Não conseguia fazer mais nada e também não queria. O que queria ser já havia se perdido no tempo, segundo ele, por culpa dos pais. Mesmo assim, concordou em vir três vezes por semana. Senti forte angústia ao perceber que teríamos ali um enorme desafio, pois esse início já dava o tom do que teria pela frente.

No primeiro dia de análise, após alguns minutos de silêncio, começou a falar com um modo afetado: “Olha, eu só estou aqui porque meus pais querem que eu venha. Acho que não adianta nada. Saturei”. Sua fala arrogante e agressiva me espantou e provocou um misto de irritação e medo. Pensei em como estava ferido pela vida.

FAUZI: A sua apresentação é direta, não é?

MISANDRO: Eu já disse tudo o que tinha para dizer. Não vou ficar perdendo meu tempo conversando fiado. Vim aqui para descansar. Já que sou obrigado a ficar nessa cidade de merda e nesse emprego de bosta, pelo menos venho aqui para descansar.

Impactado com esse tom agressivo, comecei a sentir um ódio crescente e uma tensão com dor em todo o corpo. Pensei que sua provocação estava começando a me atingir.

FAUZI: Percebo que carrega dores muito antigas, e enquanto vier aqui vou tentar conversar com você para vermos o que podemos fazer.

MISANDRO: Nada. Não vai acontecer nada. É o que a minha vida é, nada. Só não me matei ainda porque tenho medo de morrer.

FAUZI: Que bom. O medo da morte indica que você também gosta da vida.

MISANDRO: Gosto uma bosta. Eu sou é um covarde que não consegue nem se matar.

Senti-me nocauteado. Tentei manter o pensamento ativo para não sucumbir ao impacto.

FAUZI: Por que não gosta da vida?

MISANDRO: [Falando ainda mais agressivo.] Será que tenho que repetir? Você não me escutou? Eu já disse!

FAUZI: Eu escutei sua dor e sua frustração, e elas são tão fortes que parecem querer calar tudo ao redor, até mesmo as próprias palavras. Mas talvez possamos explorar juntos o que faz essa dor ocupar tanto espaço. O que você acha que ela está tentando dizer?

MISANDRO: Está tentando dizer pra você calar a boca. Ou você acha que vai me influenciar com essa conversinha de coach pobre?

Esse início impactante revelava um grande sofrimento, assim como elementos carregados de ódio e violência, formas últimas de sobrevivência. Percebi que Misandro carregava uma enorme frustração consigo mesmo, ocultando sua fragilidade e desamparo por trás de uma atitude agressiva e arrogante. E eu sentia dificuldade em conter o impulso de mandá-lo embora, o que poderia culminar em um enactment³ precoce (Cassorla, 2005).

As primeiras sessões ocorreram em turbulência máxima. Fui aprendendo, aos poucos, a conhecê-lo melhor e a compreender como me sentia com ele. Nesse período inicial, ele mencionou de maneira fria que havia contraído aids em uma roleta-russa sexual em grupo.⁴ Mais uma vez, fiquei desnorteado pela crueldade implícita em sua narrativa, o que me fez refletir sobre a intensidade de seu desespero (Ogden, 1979).

Após um ano de análise, em que suportávamos violência extremada, ele imperceptivelmente começou a progredir, conseguindo concluir o tão demorado processo em que havia estagnado por muitos anos; embora tivesse dito que nunca conseguiria. Contudo, com a conclusão, os ataques retornaram com toda a intensidade, demonstrando inveja destrutiva e grandiosidade defensiva, como descrito por Kernberg (1975). Começara a questionar o custo da sessão, dizendo que o valor era abusivo e que com aquele dinheiro poderia fazer coisas muito mais interessantes e proveitosas – o que na sua fala tinha a ver com drogas e orgias.

A análise seguiu com altos e baixos, até Misandro anunciar que iria interrompê-la para iniciar terapia com inteligência artificial. Disse que as respostas ali eram muito mais inteligentes do que as minhas; e respondi que manteria seus horários até que decidisse melhor. Seus pais, desesperados, entraram em contato, pois ele estava novamente falando em suicídio. Sugerir

3 Atuação inconsciente recíproca entre analista e paciente, na qual conteúdos emocionais não simbolizados se manifestam na relação transferencial. Cassorla (2005) enfatiza o enactment como processo intersubjetivo, fundamental para acessar experiências primitivas e favorecer a simbolização.

4 Prática sexual de alto risco, frequentemente em encontros grupais, nos quais o status sorológico dos participantes é desconhecido. O termo deriva da metáfora da roleta-russa (jogo de deixar uma única bala no tambor de um revólver e disparar), ou seja, envolve a imprevisibilidade e o perigo da exposição inconsciente a infecções sexualmente transmissíveis, especialmente o HIV.

que o mantivessem em observação, mas que esperassem um pouco. Após uma semana, ele retornou, mantendo o padrão de ataques intensos.

Certo dia sugeri que ele retornasse para verificar se eu sobreviveria a suas agressões; essa interpretação gerou um silêncio que permaneceu até o final da sessão. Segundo Racamier (1992), momentos de ruptura como esse podem ser entendidos como tentativas inconscientes de reorganizar o self fragmentado. Acredito que isso possa ter começado a acontecer, mas o desenvolvimento, no narcisismo perverso, traz um novo problema. O desenvolvimento pessoal intensifica com violência a inveja destrutiva em relação a tudo que determina esse processo – portanto nós e o que fazíamos ali.

Na sessão seguinte, logo que se deitou no divã, disse que tinha começado a fazer terapia comportamental com um profissional gay. “Ele vai me entender melhor do que essa bosta de análise”, disse ao mesmo tempo que levantava. Saiu batendo a porta com toda a força. Atordoado, me invadiu um misto de raiva, medo e culpa tão rapidamente que só algum tempo depois percebi com mais clareza o que acontecera. Enviei um recado dizendo que se quisesse poderíamos conversar a respeito, mas ele não respondeu.

O pai entrou em contato dizendo que ele e a esposa tinham desistido de tudo. O sentimento de frustração, assim como momentos de tristeza e sensação de fracasso, ficou retornando por algum tempo. Dois meses após sua saída, eu soube que ele havia brigado com o novo terapeuta e interrompido o processo dizendo que jamais voltaria lá. Questionei a pessoa que me informou – que era próxima a ele – se voltaria a fazer análise comigo, mas ela abaixou a cabeça e não disse nada.

Discussão do caso sob a perspectiva do narcisismo perverso

O caso de Misandro exemplifica as características do narcisismo perverso conforme conceituamos. Sua apresentação clínica representa uma organização psíquica onde defesa narcísica e violência relacional se fundem em dinâmica particular, não se enquadrando nas categorias tradicionais.

A hostilidade inicial dirigida ao analista demonstra não apenas resistência, mas um ataque ativo ao processo analítico. Esta é uma característica distintiva: o paciente transforma a relação em campo de batalha, percebendo qualquer possibilidade de vínculo genuíno como ameaça à sua estrutura defensiva.

A dimensão perversa manifesta-se na instrumentalização da relação para descarregar violência. A revelação sobre ter contraído aids ilustra essa dinâmica, onde o comportamento autodestrutivo serve como mecanismo para aterrorizar o outro e sabotar o vínculo terapêutico. Interpretações empáticas foram prontamente atacadas, revelando a insuficiência das abordagens

tradicionais. A estratégia mais eficaz foi permitir que o paciente testasse a capacidade do analista de sobreviver aos ataques sem retaliar.

Um ponto crucial do caso é a reação paradoxal ao progresso terapêutico. Quando Misandro começou a apresentar desenvolvimento, os ataques retornaram com intensidade ainda maior, corroborando a hipótese central do conceito: o desenvolvimento psíquico é vivenciado como ameaça catastrófica, provocando não apenas resistência, mas um ataque a tudo que representa transformação.

A cena da última sessão, com o abandono violento, representa o ápice dessa dinâmica – um ataque ao vínculo analítico com o objetivo inconsciente de destruir a possibilidade de dependência que começava a se estabelecer. O posterior abandono do novo terapeuta sugere que o problema não estava no analista específico, mas na própria relação terapêutica como possibilidade transformadora.

A intensa contratransferência experimentada – misto de raiva, medo e culpa – é aspecto fundamental do trabalho com o narcisismo perverso. A identificação projetiva maciça faz com que o analista seja inundado por afetos que refletem o mundo interno destruído do paciente.

O manejo do caso exigiu capacidade de conter a violência projetada sem retaliar nem interpretar prematuramente. O silêncio de Misandro quando questionado sobre um possível retorno sugere que, apesar da ruptura, algo do vínculo analítico sobreviveu internamente – talvez a maior evidência da potencialidade transformadora da análise nesses casos.

A clínica

Acompanhar o narcisismo perverso é um dos maiores desafios da prática psicanalítica contemporânea. A psicanálise é considerada tratamento de escolha pela profundidade das transformações que proporciona, mas exige refinamentos técnicos específicos. Criar um espaço suficientemente seguro, que permita ao paciente confrontar sua vulnerabilidade sem se sentir exposto, é condição essencial para o progresso analítico.

O manejo clínico requer atenção ao interjogo de forças libidinais e destrutivas que se manifestam tanto na mente do paciente quanto na relação transferencial. Um foco excessivo na destrutividade pode reforçar dinâmicas sadomasoquistas, enquanto silêncio excessivo intensifica o vazio existencial (Green, 1983/1988).

Mesmo em casos graves, existe uma parte menos narcísica da personalidade que busca contato genuíno. O vínculo com essa parte é crucial para fomentar desenvolvimento e resgatar aspectos mais integrados – trabalho que requer, portanto, equilíbrio entre empatia e intervenção técnica. O analista deve conter e transformar conteúdos projetados, devolvendo-os de maneira que favoreçam

reestruturação psíquica (Bion, 1962). Na experiência clínica, a desilusão, embora inicialmente percebida como exclusão de possibilidades, pode ser ressignificada como força transformadora, abrindo novos caminhos relacionais.

O processo exige técnica refinada para reconhecer e manejar manifestações de violência que emergem no vínculo terapêutico. A capacidade do analista de sobreviver aos ataques sem contra-atacar constitui, em si mesma, intervenção fundamental, pois oferece ao paciente experiência inédita de um objeto capaz de resistir à sua destrutividade sem desintegrar-se. Essa sobrevivência psíquica revela a dimensão transformadora do processo analítico mesmo em contextos marcados por intensa destrutividade.

Conclusão

O conceito de narcisismo perverso apresentado emerge como chave de leitura para fenômenos clínicos que desafiam modelos teóricos tradicionais. Diferente de outras construções conceituais sobre narcisismo e perversão, esta proposta captura uma dinâmica psíquica específica, caracterizada não apenas pela grandiosidade narcísica ou pela instrumentalização perversa do outro, mas pela violência dirigida ao próprio vínculo relacional como mecanismo defensivo central. A partir da análise do caso clínico, evidenciamos como esse funcionamento se manifesta na prática analítica: através de ataques sistemáticos à relação, resistência massiva a qualquer possibilidade de dependência e, paradoxalmente, intensificação da destrutividade quando surgem sinais de progresso terapêutico.

Ao conceituar o narcisismo perverso, não se propõe apenas uma nova categoria clínica, mas uma reflexão sobre os limites e possibilidades da técnica psicanalítica contemporânea. O trabalho com esses pacientes demonstra que a eficácia terapêutica não reside primariamente na interpretação ou no insight, mas na sobrevivência psíquica do analista aos ataques sem retaliar nem abandonar. Essa qualidade de presença resiliente constitui, em si mesma, uma intervenção fundamental, pois oferece ao paciente a experiência inédita de um objeto que resiste à sua destrutividade sem contra-atacar nem desintegrar-se.

O manejo clínico do narcisismo perverso demanda inovações técnicas específicas. A abordagem tradicional – baseada na interpretação da transferência positiva ou na elaboração gradual das resistências – mostra-se insuficiente, pois o paciente ataca ativamente qualquer possibilidade de vínculo transferencial genuíno. É necessário um trabalho preliminar de conter a violência relacional, permitindo que o paciente experimente a sobrevivência do objeto a seus ataques, antes que qualquer elaboração interpretativa possa ser efetiva. A continência do analista diante da identificação projetiva massiva e a manutenção de uma postura que não seja retaliativa nem submissa constituem os fundamentos desse trabalho.

Os desafios impostos pelo narcisismo perverso convidam o analista a reexaminar constantemente suas premissas teóricas e técnicas. No caso apresentado, o silêncio final de Misandro diante da possibilidade de retorno à análise sugere que, apesar da ruptura violenta, algo do vínculo sobreviveu internamente. Essa sobrevivência psíquica – tanto do paciente quanto do analista – revela a dimensão transformadora do processo analítico, mesmo em contextos marcados por destrutividade intensa. É nesse movimento incessante de renovação, no qual o analista aprende a habitar a incerteza e a criar na tensão, que reside sua verdadeira força e vitalidade.

Narcisismo perverso en la clínica contemporánea: violencia, frustraciones y desafíos

Resumen: La práctica clínica contemporánea con personalidades narcisistas complejas desafía al psicoanálisis a revisar sus fundamentos técnicos. Los analistas enfrentan situaciones de grandiosidad defensiva y violencia relacional que desestabilizan el encuadre analítico. Estas experiencias requieren una escucha flexible que transforme los impasses en oportunidades de crecimiento. El psicoanálisis muestra su capacidad de renovación, aprendiendo de los desafíos para fortalecer su relevancia como herramienta terapéutica.

Palabras clave: narcisismo, violencia, escucha, transformación

Perverse narcissism in contemporary clinical practice: violence, frustrations, and challenges

Abstract: Contemporary clinical practice with complex narcissistic personalities challenges psychoanalysis to revisit its foundations. Analysts confront defensive grandiosity and relational violence that destabilize the analytic setting. These encounters require flexible listening that transforms impasses into growth opportunities. Psychoanalysis shows its capacity for renewal by learning from challenges, affirming its relevance in facilitating transformation for both patient and analyst.

Keywords: narcissism, violence, listening, transformation

Narcissisme pervers dans la pratique clinique contemporaine : violence, frustrations et défis

Résumé : La pratique clinique contemporaine avec des personnalités narcissiques complexes incite la psychanalyse à revisiter ses bases techniques. Les analystes affrontent la grandeur défensive et la violence relationnelle qui déstabilisent le cadre analytique. Ces expériences nécessitent une écoute flexible transformant les impasses en opportunités thérapeutiques. La psychanalyse démontre sa capacité de renouvellement en apprenant des défis, réaffirmant ainsi sa pertinence dans la transformation du patient et de l'analyste.

Mots-clés : narcissisme, violence, écoute, transformation.

Referências

- Bion, W. R. (1962). *Learning from experience*. Tavistock.
- Calich, I., Cukier, R. & Piccolo, C. (1993). *Transferência e contratransferência em pacientes narcisistas*. Casa do Psicólogo.
- Cassorla, R. (2005). *Enactment na psicanálise contemporânea*. Artmed.
- Freud, S. (1974). Introdução ao narcisismo. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad., Vol. 14, pp. 73-102). Imago. (Trabalho original publicado em 1914)
- Freud, S. (1975a). Análise terminável e interminável. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad., Vol. 23, pp. 209-253). Imago. (Trabalho original publicado em 1937)
- Freud, S. (1975b). O fetichismo. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad., Vol. 21, pp. 149-57). Imago. (Trabalho original publicado em 1927)
- Glasser, M. (1998). On violence: a preliminary communication. *The International Journal of Psychoanalysis*, 79(5), 887-902.
- Green, A. (1988). *Narcisismo de vida, narcisismo de morte* (C. Berliner, Trad.). Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1983)
- Green, A. (2010). *Illusions et désillusions du travail psychanalytique*. Odile Jacob.
- Hirigoyen, M.-F. (2000). *Assédio moral: uma violência perversa no cotidiano*. Bertrand Brasil.
- Kernberg, O. F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. Jason Aronson.
- Kernberg, O. F. (2008). *Aggression in personality disorders and perversions*. Yale University.
- Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. *The International Journal of Psychoanalysis*, 27, 99-110.
- Klein, M. (1991). *Envy and gratitude and other works (1946-1963)*. Hogarth Press.
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self: a systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders*. International Universities Press.
- Kristeva, J. (2002). *As novas doenças da alma* (J. A. A. Melo, Trad.). Rocco.
- Meltzer, D. (1979). *Aesthetic conflict: essays in psychoanalysis*. Clunie.
- Menezes, I. (2005). *A subjetividade contemporânea e o narcisismo: ensaios*. Imago.
- Ogden, T. H. (1979). On projective identification. *The International Journal of Psychoanalysis*, 60, 357-383.
- Oliveira, E. F., Resstel, T. & Justo, M. (2014). *Violência e subjetividade no contemporâneo: uma perspectiva psicanalítica*. EDUFPRPE.
- Racamier, P.-C. (1992). *Le génie des origines*. Payot.
- Rosenfeld, H. (1968). A clinical approach to the psychoanalytic theory of the life and death instincts: an investigation into the aggressive aspects of narcissism. *The International Journal of Psychoanalysis*, 49, 445-449.
- Rosenfeld, H. (1988). *Impasse and interpretation: therapeutic and anti-therapeutic factors in the psychoanalytic treatment of psychotic, borderline, and neurotic patients*. Routledge.
- Roussillon, R. (1999). *Paradoxos e situações limites da psicanálise* (P. Neves, Trad.). Escuta.
- Steiner, J. (1989). The interplay between pathological organizations and the paranoid-schizoid and depressive positions. *The International Journal of Psychoanalysis*, 70, 101-117.
- Steiner, J. (1993). *Psychic retreats: pathological organizations in psychotic, neurotic and borderline patients*. Routledge.

Recebido em 16/1/2025, aceito em 21/3/2025