

**SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICANÁLISE
CURSO DE FORMAÇÃO EM PSICANÁLISE
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

TRANSTORNO DE ESQUIZOFRENIA

Cintia Pereira Ostapechen

Danilo Renato Carduchi

Silvia valeria Muniz

Orientador: Marise Marcolan

Sorocaba/SP

2023

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICANÁLISE
CURSO DE FORMAÇÃO EM PSICANÁLISE
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

TRANSTORNO DE ESQUIZOFRENIA

Artigo apresentado em cumprimento às exigências para
a conclusão do Curso de Formação em Psicanálise
sob a orientação da Prof. Marise Marcolan

Sorocaba/SP

2023

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICANÁLISE
CURSO DE FORMAÇÃO EM PSICANÁLISE
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Autor:

Cintia Pereira Ostapechen

Danilo Renato Carduchi

Silvia valeria Muniz

TRANSTORNO DE ESQUIZOFRENIA

Avaliado em ____ / ____ / ____

Nota Final: () _____

Orientador: (Professor que deu o módulo)

Professor(a) Examinador(a)

Sorocaba/SP

2023

“Em seu contato com certas pessoas, muitos esquizofrênicos parecem exteriormente normais, e em relação a outros podem ser violentos, fechados ou negativistas. Mas não se trata de dizer que essa transformação é voluntária ou apenas consciente. Existe muito simplesmente uma conexão totalmente diferente; sentimentos, pulsões e até mesmo associações, que predominam em um quadro, são barrados em um outro, e em seu lugar outros sentimentos, pulsões e associações são colocados no circuito. Os dois produtos da esquize (Spaltung) da pessoa podem coexistir.”

Bleuler

RESUMO

A esquizofrenia tem uma origem multifatorial em que fatores genéticos, fisiológicos e ambientais estão associados no aumento do risco de desenvolver a doença. Este trabalho em questão tem como objetivo explicar a esquizofrenia abordando suas causas e consequências assim como o manejo psicanalítico.

Palavras-chave: (esquizofrenia, manejo, psicanálise).

Abstract

Schizophrenia has a multifactorial origin in which genetic, physiological and environmental factors are associated with an increased risk of developing the disease. This work in question aims to explain schizophrenia by addressing its causes and consequences and psychoanalytic management.

Keywords: (schizophrenia, management, psychoanalysis).

SUMÁRIO

- 1. INTRODUÇÃO**
 - 1.1. Descrição da Situação Problemática**
 - 1.2. Hipótese Diagnóstica**
- 2. PROBLEMÁTICA / RELATOS**
- 3. PESQUISAS / DADOS / TRABALHOS DE AUTORES**
- 4. SOLUÇÕES / TRATAMENTOS**
- 5. CONDUÇÃO CLÍNICA / MANEJO**
- 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS**
- 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA**

1. INTRODUÇÃO

Embora muito já se tenha esclarecido sobre saúde mental e sua seriedade, lidar com problemas mentais sem dúvidas pode se tornar uma experiência difícil e complexa, mesmo atualmente. Isso porque, as pessoas acometidas por determinados transtornos como a esquizofrenia, muitas vezes, tornam-se reféns dele, podendo atravessar toda a vida com uma percepção da realidade inteiramente deturpada.

Ao ouvir o nome psicose e esquizofrenia, soa em uníssono no imaginário popular a trilha sonora de PSICOSE, filme de 1960, sobre o qual se fundamentam as bases do terror moderno, pioneiro em todas as suas estâncias, marcará seu nome na história, assim como deixara gravada na mente popular a imagem de um psicótico, transtorno com o qual seu protagonista sofria, como: vulnerável a forças externas, e até mesmo malignas, indigno de ajuda, isolado e abandonado em todos os aspectos, inclusive materno, um ser perigoso.

Após 20 anos do clássico de Hitchcock, surge seu sucessor: “O Iluminado”, filme dirigido por Stanley Kubrick, tornou-se um dos mais emblemáticos e bem avaliados entre o gênero, continuou trabalhando a perspectiva do protagonista que apresentava esquizofrenia paranoide, um escritor alcoolista que tenta se reerguer isolando-se com a família em um hotel vazio e isolado, como um ser dúbio, que jamais consegue se ver livre de seus devaneios, projetando-os, alucinando-os e tornando-se o vilão de sua própria história.

Estes são os registros, mesmo que fictícios, mais populares de tais transtornos no imaginário popular, sendo de extrema importância, mais do que nunca, aprendermos a distinguir entre fontes e representações confiáveis de obras embasadas em registros fantásticos, sejam estes quais forem.

Na contemporaneidade menos de 1% da população dispõe do diagnóstico de esquizofrenia depois dos 18 anos, antes dessa idade é classificado como “esquizofrenia de início precoce”, e antes dos 13 anos é classificado de “esquizofrenia muito precoce”, sendo muito difícil a ocorrência na infância.

O transtorno Esquizofrênico, o qual será abordado neste escrutínio sob o aspecto do fenômeno psicótico, o qual o id se encontra com o fator predominante de influência e há a perda da realidade, mesmo que em momentos distintos. Dois aspectos principais

são reconhecidos sob esta condição: o reconhecimento do indivíduo sobre ele mesmo e o outro conhecimento do sujeito sobre o mundo.

Segundo Sigmund Freud, 1923, o conflito entre a realidade externa e o seu próprio ego resulta em uma psicose: guiados pela predominância do eu, os impulsos do id criam um mundo interno e externo fazendo com que o sujeito se afaste da realidade devido à alguma frustração intensa do id. Quando o indivíduo tenta restabelecer uma nova relação com a realidade ocorrem restrições ao id, por interferência do imaginário, que se manifestam em forma de delírios e alucinações.

O delírio tenta preencher essa realidade em uma forma de cura que não pode ser suportada. O ego cria um real de acordo com os impulsos do id, por exemplo quando um sujeito ouve seu próprio íntimo, seus pensamentos projetados em vozes, há aqui um exemplo de alucinação auditiva.

A esquizofrenia é considerada um subtipo de psicose crônica onde há distorções das emoções, pensamentos e percepção da realidade podendo haver delírios e alucinações auditivas e visuais.

Freud traz no seu livro *Notas Psicanalíticas Sobre Um Relato Autobiográfico De Um Caso De Paranóia*" (Freud, 1911), realizado a partir da leitura de *Memórias de um Doente dos Nervos* (1903), no qual Schreber, autor da mencionada obra, relatou que sofrera distúrbio nervosos severos por duas vezes por tensão mental somado a insônia, hipocondria, ideias persecutórias e hiperestesia, em crises agudas, descrevendo fielmente seus delírios alucinatorios e ânsia pela morte. Segundo Freud, "O ponto culminante do sistema delirante do paciente é a sua crença de ter a missão de redimir o mundo e restituir à humanidade o estado perdido de beatitude".

Inegavelmente fosse considerado como lúcido, sua inteligência se mostrou indefesa quando suas graves perturbações começaram. Assim, decidiu escrever o livro relatando sua condição mental para então futuramente contribuir para uma pesquisa a respeito do distúrbio sofrido.

Seu objetivo foi atingido pois atualmente seu relato é estudado com frequência, o caso Schreber foi um ponto crucial para o começo dos estudos sobre as psicoses. Diagnosticado com *dementia paranoides*, seu delírio o levou a acreditar que viria se

tornar a mulher de Deus. Por mais inapropriado que isso possa transparecer, toda a sua vida passa a se concentrar nesse aspecto esquizofrênico.

Baseando-se na interpretação de Freud, muitos detalhes no relato de Schreber podem estar faltando como: na interpretação de sonhos, temores e desejos, aspectos da sexualidade e formação familiar em especial a relação com o seu pai e diretamente com a história do desenvolvimento social.

Freud afirmou que a revolta dele contra Deus se liga com a figura paterna e a sua homossexualidade recalcada se dá como a causa do delírio: o amor transformado em ódio serviu de combustível para o surgimento paranoico, levando ao delírio como uma tentativa de cura. Daniel queria um conforto para a morte do pai, algo que amenizasse sua dor, nesse caso sua percepção delirante seria o seu pai na figura de Deus, que também interferiria na sua sexualidade.

O psicanalista recebeu muitas críticas pela abordagem usada para o estudo do material de Schreber. Ida Macalphine e Richard Hunter psiquiatras e tradutores ingleses do livro foram os seus principais críticos, apontando uma negligência de Freud quanto às ideias educacionais do pai de Daniel. No entanto, o estudo foi complementado com a contribuição de Lacan posteriormente sobre o assunto, surgindo assim uma nova visão.

Lacan teoriza o ponto do estágio do espelho, em que busca reconhecer sua imagem com o olhar do outro, esse olhar é diferente de ver que está relacionado à percepção do sujeito, indica um investimento libidinal e um olhar fragmentado e se vê esmagado pela imagem real. Essa fragmentação pode proporcionar o sentimento de mortificação corporal.

A partir do momento que estamos falando de inconsciente estamos falando de psicanálise, o inconsciente se revela na psicose de maneira mais proeminente, a exterioridade do elemento rejeitado, não simbolizado, faz com que o significante inconsciente na psicose apareça no exterior. O psicótico dele não se apropria a se supor que alguém possa falar uma língua que lhe deseja totalmente ignorada, sendo assim podemos dizer que o sujeito acaba ignorando a própria fala.

Em suma, Lacan criou um conceito de psicose com uma evolução do conceito de forclusão do nome do pai na psicose, no mesmo momento, a diferença e a

particularidade das outras estruturas clínicas, para uma hipótese de uma forclusão generalizada, o que intensifica também a neurose e a perversão.

Nos estudos de Lacan pode-se perceber alguns pontos complexos, no qual é preciso muitas vezes de chaves de leitura, para o melhor entendimento do seu trabalho como por exemplo, pequeno outro, grande outro, o real, simbólico, imaginário, metáfora e metonímia.

O que se coloca nessa argumentação, portanto, junto com a identificação e estudo de transtornos psicóticos, é, também, a maneira pela qual estes se revelam, em todos os aspectos, em registros escritos do próprio paciente, como também pela interpretação do outro para com estas revelações.

1.1 Descrição da Situação Problemática

CAUSAS, DEFINIÇÕES E SINTOMAS

Nos transtornos mentais graves, a esquizofrenia está entre as que mais comprometem a vida mental do indivíduo. Esta patologia pode comprometer várias funções do psiquismo humano, alterando e modificando o comportamento das pessoas acometidas por ela. Esse transtorno causa prejuízo na vida profissional, relacional e social, sendo que os sujeitos acometidos pela esquizofrenia podem apresentar afeto inadequado, ansiedade, raiva entre outros, todavia, esse conceito passou por diversas modificações e compreensões até os dias atuais (ALVES et al., 2019).

Segundo pesquisa realizada, a esquizofrenia atinge cerca de 1% da população mundial sendo que no Brasil a esquizofrenia preenche 30% dos leitos psiquiátricos hospitalares e ocupa o segundo lugar nas primeiras consultas psiquiátricas ambulatoriais. Para além disso, os pacientes com esquizofrenia, tendem a possuir uma expectativa de vida 20% menor em relação aos indivíduos não portadores da doença em decorrência do estilo de vida (ALVES et al., 2019)

Muitas das percepções acerca da pessoa com diagnóstico de esquizofrenia estão ligadas a estereótipos. Como, por exemplo, a ideia de que essas pessoas são agressivas, estranhas, improdutivas, imprevisíveis, alguém com quem não se pode conversar, além de um doente crônico. Esses estigmas trazem efeitos negativos na

vida dessas pessoas, prejudicando o processo de trabalho, relações sociais com amigos e pares, dessa maneira incapacitando o sujeito a viver (OCHOA *et al.*, 2011).

As causas da esquizofrenia são multifatoriais, mas ainda não estão totalmente esclarecidas. Porém, há consenso em atribuir a desorganização da personalidade, verificada na esquizofrenia, à interação de variáveis culturais, sociais, psicológicas e biológicas, entre as quais destacam-se as de natureza genética. Há diversos estudos que contribuíram para uma variedade de teorias e hipóteses acerca da esquizofrenia, tais como: Teoria genética; teoria neuroquímica (dopaminérgica); Distúrbio do neurodesenvolvimento e Teorias psicológicas (Da SILVA, 2006).

Ao longo da história, surgiram diversas propostas para conceituar e definir a esquizofrenia. A tabela 1 traz estas definições resumidamente.

Tabela 1: Definições da esquizofrenia desde meados do século XX até os dias atuais (Dalgarrondo, 2019).

Emil Kraepelin (1856 - 1926)	Eugen Bleuler (1857 - 1939)
Alterações da vontade (perda do <i>elã vital</i> , negativismo)	Alterações formais do pensamento, no sentido de afrouxamento até perda das associações
Aplainamento até embotamento afetivo	afrouxamento até perda das associações
Alterações da atenção e da compreensão	Aplainamento até embotamento afetivo
Transtorno do pensamento, no sentido de associações frouxas	Ambivalência afetiva; afetos contraditórios vivenciados /intensamente ao mesmo tempo
Alterações do juízo, da avaliação da realidade	“Autismo”, como tendência a isolamento psíquico global em relação ao mundo
Alucinações, especialmente auditivas	
Vivências de influência sobre o pensamento	Dissociação ideofetiva, desarmonia profunda entre as ideias e os afetos
Evolução deteriorante (83% dos casos) no sentido de embotamento geral da personalidade	Evolução muito heterogênea; muitos casos podem apresentar evolução benigna
Karl Jaspers (1883 - 1969)	Kurt Schneider (1887 - 1967)
Ideias delirantes primárias, não compreensíveis psicologicamente.	Percepção delirante
Humor delirante precede o delírio	Vozes que comentam a ação
Alucinações verdadeiras, primárias	Vozes que comandam a ação
Vivências de influência, vivências do “feito”	Eco ou sonorização do pensamento
Analisando-se a vida total do paciente, nota-se que ocorreu quebra na curva existencial, transformação radical da personalidade e da existência da pessoa.	Difusão do pensamento
	Roubo do pensamento
	Vivências de influência no plano corporal, dos afetos, das tendências, da vontade ou do pensamento.

Atualmente, segundo o DSM-5, a esquizofrenia é descrita de acordo com seguintes sintomas de definições (tabela 2).

Tabela 2: Definições do transtorno de esquizofrenia (DSM-5)

A. Sintomas característicos: dois ou mais dos seguintes sintomas, cada qual presente por uma porção significativa de tempo durante o período de 1 mês (ou menos, se tratado com sucesso):

- Delírios;
- Alucinações;
- Discurso desorganizado, como descarrilhamento ou incoerência;
- Comportamento amplamente desorganizado ou catatônico;
- Sintomas negativos, isto é, embotamento afetivo, alogia ou avolição.

Nota: apenas um sintoma do critério A é necessário se os delírios são bizarros ou as alucinações consistem em vozes que comentam o comportamento ou os pensamentos da pessoa, ou de duas ou mais vozes conversando entre si.

B. Disfunção social/ocupacional: por uma porção significativa do tempo desde o início da perturbação, uma ou mais áreas importantes de funcionamento, tais como trabalho, relações interpessoais ou cuidados pessoais, estão acentuadamente abaixo do nível alcançado antes do início (ou, quando o início se dá na infância ou adolescência, fracasso em atingir o nível esperado de aquisição interpessoal, acadêmica ou ocupacional).

C. Duração: sinais contínuos da perturbação persistem por pelo menos 6 meses. Este período de 6 meses deve incluir 1 mês de sintomas (ou menos, se tratados com sucesso) que satisfazem o critério A (isto é, sintomas da fase ativa) e pode incluir períodos de sintomas prodrômicos ou residuais. Os sinais da perturbação podem ser manifestados apenas por sintomas negativos ou por dois ou mais sintomas relacionados no critério A, presentes de uma forma atenuada (por exemplo, crenças estranhas, experiências perceptuais incomuns).

D. Exclusão de transtorno esquizoafetivo e transtorno do humor: o transtorno esquizoafetivo e o transtorno do humor com aspectos psicóticos foram

descartados, porque: 1) nenhum episódio depressivo maior, maníaco ou misto ocorreu concomitantemente aos sintomas da fase ativa; ou 2) se os episódios de humor ocorreram durante os sintomas da fase ativa, sua duração total foi breve relativamente à duração dos períodos ativo e residual.

- E. Exclusão de substâncias/condição médica geral: a perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por exemplo, uma droga de abuso, um medicamento) ou de uma condição médica geral.
 - F. Relação com um transtorno invasivo do desenvolvimento: se existe uma história de transtorno autista ou outro transtorno do desenvolvimento, o diagnóstico adicional de esquizofrenia é feito apenas se delírios ou alucinações proeminentes também estão presentes por pelo menos 1 mês (ou menos, se tratados com sucesso).
-

Durante o desenvolvimento dos estudos acerca da esquizofrenia, foram distintos quatro subtipos do transtorno: Forma paranoide; Forma catatônica; Forma hebefrênica; Forma “simples”.

Atualmente, estes subtipos não são mais utilizados e as classificações e definições são as descritas no CID-11 e DSM-5. Com base nestas definições, tornou-se mais importante identificar os conjuntos de sintomas e comportamentos nas diferentes fases da esquizofrenia, de forma a "estadiar" a evolução do transtorno quanto a sua progressão ou possível regressão sintomática. Assim, grupos de sintomas foram estabelecidos:

- **Sintomas negativos:** Caracterizado por perda de certas funções psíquicas e empobrecimento da vida afetiva, cognitiva e social. Tais como:
 - ✓ Aplainamento afetivo ou afeto embotado;
 - ✓ Retração social (apatia, abulia e restrição dos interesses);
 - ✓ Alogia ou empobrecimento da linguagem e do pensamento;
 - ✓ Diminuição da vontade (avolição);
 - ✓ Anedonia (diminuição da capacidade de experimentar e sentir prazer).

É importante identificar se os sintomas negativos são primários, decorrentes de forma intrínseca do transtorno, ou secundários, efeitos colaterais dos medicamentos utilizados e/ou da privação e isolamento social. Os sintomas negativos também podem surgir de “feedback negativo” dos sintomas positivos.

- **Sintomas positivos:** Ocorrem a partir de novas manifestações do transtorno. Dos quais: Alucinações; ideias delirantes (delírios); distorção da realidade. Kurt Scheider propôs que alguns sintomas teriam maior peso no diagnóstico da esquizofrenia:
 - ✓ Percepção delirante: Uma percepção normal é atravessada por uma percepção delirante, como uma forma de revelação;
 - ✓ Alucinações auditivas características: “Vozes” que acompanham o paciente;
 - ✓ Eco do pensamento: O sujeito escuta seus pensamentos ao pensá-los;
 - ✓ Difusão, divulgação do pensamento: O sujeito tem a sensação de que seus pensamentos são ouvidos ou percebidos por outras pessoas;
 - ✓ Roubo de pensamento: O sujeito tem a sensação de que seus pensamentos foram abruptamente extraídos;
 - ✓ Distúrbios da vivência do eu: Influência sobre o corpo ou vida mental, com dois tipos:
 - Vivências de influência sobre o corpo: O sujeito sente como se uma força ou um ser externo agisse sobre seu corpo;
 - Vivências do fabricado ou feito: Experiência de que algo influencia de forma maciça seus sentimentos, impulsos, vontades ou pensamentos.
- **Sintomas de desorganização:** Semelhante à esquizofrenia hebefrênica.
 - ✓ Pensamentos progressivamente desorganizado;
 - ✓ Tangencialidade e Circunstancialidade;
 - ✓ Comportamentos desorganizados;
 - ✓ Afeto inadequado.
- **Sintomas psicomotores e catatonia:** Lentificação e empobrecimento psicomotor.
 - ✓ Formas estereotipadas de movimentos;

- ✓ Maneirismos;
 - ✓ Posturas bizarras;
 - ✓ Caretas.
- **Sintomas e prejuízos cognitivos:** Atenção, memória episódica, memória de trabalho, velocidade de processamento e funções executivas são afetadas. Inclui-se ainda, dificuldades de percepção e no gerenciamento de emoções e déficit na percepção social.

Apesar dos avanços atuais, o tratamento da esquizofrenia ainda encontra lacunas, pois há o controle de sintomas, mas ainda não há uma cura. Na psiquiatria o conceito de cura tem sido pouco utilizado, sendo mais comum o termo “recuperação”. Assim, a recuperação está comumente ligada à saída de um estado de crise, ou fase aguda. A recuperação pode indicar ainda o processo pelo qual o paciente rompe com um ciclo de crises e internações, tentam reconstruir sua vida, a qual foi interrompida em razão de internação hospitalar e esses pacientes são geralmente reconhecidos pelos profissionais como “estabilizados”, “compensados” ou em “remissão” (MUZEKA, 2022).

1.2 Hipótese Diagnóstica

Uso de substâncias (drogas) e esquizofrenia na adolescência

Na adolescência o cérebro ainda está no processo de maturação, nesta fase o indivíduo passa por mudanças corporais, comportamentais, hormonais e sofre influência do meio ao qual está inserido. Nela ele apresenta um controle dos impulsos e emoções, o que faz com que a adolescência se torne uma fase de atenção especial quanto ao uso de drogas.

A experimentação ocorre precocemente, assim como o uso regular, o que aumenta a chance de dependência no futuro. O aparecimento de transtornos relacionados às substâncias envolve fatores culturais, econômicos e sociais. Assim, podemos notar que os diferentes tipos de substâncias e o acesso a elas trazem consequências à saúde.

Ademais, fatores neurobiológicos estão ligados ao desenvolvimento das dependências. Estudos de neuroimagem e genéticos possibilitaram o avanço no entendimento da suscetibilidade às drogas, assim como a ação no sistema nervoso central e as possibilidades de intervenção.

Dessa forma, o uso de substâncias é dividido em dois grupos pelo DSM-5: transtornos por uso de substâncias (TUS) e transtornos induzidos pelo uso de substâncias (TIS). Neste último é incluído os quadros de intoxicação. Abstinência e outros transtornos mentais induzidos pelo uso de substâncias/medicamentos. Assim, o DSM-5 engloba os quadros relacionados às seguintes classes de drogas: álcool, cafeína, cannabis, alucinógenos, inalantes, opioides, sedativos, estimulantes, tabaco, hipnóticos ou ansiolíticos.

A etiologia do TUS é multifatorial uma vez que resulta da interação complexa entre fatores ambientais e neurobiológicos. Devemos notar que os fatores de risco psicossociais englobam ambientes permissivos de consumo, pressão do grupo, defasagem escolar, déficit nas habilidades sociais, expectativa, contexto familiar disfuncional e curiosidades relacionadas aos efeitos da substância. Além disso, há também situações de vulnerabilidade como negligência, violência e privação de condições consideradas básicas. Podemos citar ainda uma predisposição genética, capacidade de metabolização, condicionamento cerebral, a via de administração da substância como fatores biológicos que influenciam na dependência das drogas.

Na adolescência podemos notar que o cérebro está em fase de eliminação do excesso de substância cinzenta, com a finalidade de manter as conexões sinápticas mais eficientes e especializadas. Por essa razão o uso de substância nessa fase pode ocasionar maior comprometimento cognitivo, psíquico e social. O uso de drogas altera a neurotransmissão do circuito de recompensa do sistema nervoso central que é composto por regiões envolvidas na neurotransmissão da dopamina, por meio de conexões mesolímbicas e corticais. Assim, a liberação de dopamina em maior intensidade e frequência hiperativa o circuito de recompensa, em resposta às experiências prazerosas. No decorrer do tempo as estruturas cerebrais envolvidas se adaptam a este fenômeno e diminuem o número de receptores disponíveis, dessa forma quantidades cada vez maiores da droga são necessárias para se alcançar o efeito inicial.

Os autores do estudo com neuroimagem funcional mostraram que há uma redução significativa nos receptores de dopamina e na liberação dela no sistema de recompensa de indivíduos dependentes de substâncias. O estudo demonstrou que o estado hipodopaminérgico resultaria na diminuição da sensibilidade aos reforçadores naturais, perpetuando o uso da droga como uma forma de compensar o déficit e contribuindo para a anedonia e disforia que eram vistas no período de abstinência.

Assim, podemos notar que o uso de drogas está associado a uma série de comportamentos de risco como: ocorrências violentas, envolvimento em acidentes, dificuldades de aprendizado e prejuízos no desenvolvimento e na estruturação das habilidades cognitivas. Alguns estudos alegam que a associação ao abuso de substâncias e a dependência acarreta prejuízos de atenção, memória, controle de impulsos, análise e síntese visuoespacial, velocidade psicomotora e tomada de decisões. Para além disso, como dito anteriormente, o uso de substâncias (álcool e entorpecentes) pode ser desencadeante de transtornos psíquicos e principalmente, da esquizofrenia

2 PROBLEMÁTICA / RELATOS

O caso em questão é de um adulto que possui esquizofrenia cujo início dos sintomas foi na adolescência. Sabe-se que o disparador foi o uso da maconha.

O nome utilizado é fictício com o objetivo de preservar a identidade da pessoa.

João é um homem que reside na cidade de Sorocaba e que se disponibilizou em participar da nossa entrevista. Atualmente seu quadro está estável devido ao uso de medicamentos e frequência em terapia.

Você sentia algum sintoma antes de ser diagnosticado com o transtorno?

Não, eu sentia que eu pensava que era voz de verdade, eram gente, pessoas que estavam atrás de mim, mas era da minha cabeça.

Qual idade você tinha quando os sintomas começaram?

Quando eu usei a primeira vez começou os sintomas em mim, daí deu a esquizofrenia com 16 anos. Pensei que estava sendo perseguido e que tinha câmera.

Quais foram os sintomas?

Quando ia tomar banho pensava que tinham câmeras na minha cabeça, no meu corpo e que os outros estavam falando mal de mim, ouvia voz toda hora e não saía da minha cabeça. Me sentia perseguido achando que era gente.

As vozes paravam de falar?

As vozes falavam sempre, eu tive que me acostumar com elas e eu pensava que era verdade e fui me adaptando e vendo que era coisa da minha cabeça.

E a sua família, como lidou com isso?

Eu achava que tinha veneno na minha comida e isso parecia real, falando mal, desconfiava da minha mãe e do meu pai, pensava que meus irmãos estavam tramando algo contra mim.

E os sintomas, refletiam sobre a sua vida?

Minha rotina mudou, eu não era mais a mesma pessoa e não conseguia fazer, mais as coisas que eu queria. Não conseguia me adaptar com tudo o que passava na minha mente, não conseguia andar de bicicleta, fazer lição. Para dormir era ruim, eu não conseguia, tinha que orar e tomar remédio e não passava do mesmo jeito.

Você teve algum impacto na vida escolar, familiar e com seus amigos?

Perdi meus amigos porque não entrei mais em sintonia com eles, não eram mais meus amigos, não me chamavam mais para sair. Não conseguia mais ir em uma igreja, porque eu pensava que eles estavam lá. Que eu ia morrer hoje ou no dia seguinte aí eu desconfiava deles também porque a voz me dizia isso, que eles não eram de confiança.

Você tem ideia por qual motivo você desenvolveu o transtorno?

As drogas que transformou essa doença e eu não sabia, daí a família que teve que falar para mim. Foi no pensamento também, mente fraca que eu tive.

Há histórico na família de pessoas com o mesmo transtorno?

Não

Como foi para você depois do diagnóstico?

Eu me adaptei com remédio, com oração, com o médico que conversava comigo, me dava remédio.

Você entendeu que é uma doença?

Entendi, eu agora mudei, não ouço mais vozes, graças a Deus e pelos médicos que ajudou a gente.

Como é o processo de terapia?

Receita remédio, conversa comigo, eles falam para mim que é vozes da minha cabeça, que não é pessoas, que não é real mesmo.

Você acredita que a terapia te ajuda?

Sim, me ajudou muito e os remédio também e as vozes foram embora.

Você faz uso de algum medicamento, qual?

Quetiapina e Risperidona

Você se adaptou com os remédios?

Não foi rápido, foi difícil. Eu não tomava no começo, era difícil para mim

Tinha efeito colateral?

Sim, dava dor de cabeça, tremedeira, tontura, ataque no coração.

Como é atualmente a convivência com a família e amigos?

Bem melhor, eu mudei muito. Eu achava que meu pai e minha mãe não me tratavam bem, mas eles me tratam sim.

Qual é a sua ocupação?

Trabalho com meu pai (sou ajudante de pedreiro), ajudo ele, lavo minhas roupas, dobro, coloco no guarda-roupa e ajudo nos deveres de casa, as vezes lavo o carro do meu pai para distrair a mente. Terminei os estudos, fui até o terceiro ano.

O que você mais gosta de fazer?

Me arrumo (me sinto melhor), já muda os meus pensamentos.

Qual o seu sonho?

Ter uma família, ser pai de família, ter esposa e filhos. Ter uma vida boa, normal.

Você acha que é possível conviver bem com a doença?

Com o tratamento e medicação sim

3. PESQUISAS / DADOS / TRABALHOS DE AUTORES

Esquizofrenia e psicanálise

A esquizofrenia nasceu no entrecruzamento da psiquiatria com a psicanálise. A partir da fenomenologia da esquizofrenia descrita por Bleuler em 1911, como mencionado anteriormente. Ele estabelece as bases para o conceito do quadro clínico que hoje é conhecido como esquizofrenia, através da publicação de sua monografia intitulada “*Demência precoce ou o grupo das esquizofrenias*”. Seus estudos com pacientes psicóticos lhe permitiram evidenciar os elementos primários à base da psicopatologia dessas psicoses (JARDIM, 2017).

O interesse pela psicanálise, apesar de transitório, marcou os trabalhos psiquiátricos de Bleuler em sua abordagem a pacientes psicóticos em Zurique, mais precisamente na clínica de *Burghölzli*¹. Ernest Jones, ao escrever a biografia de Freud refere que Freud em 1904 fora informado de que Bleuler e seu grupo vinham trabalhando com a psicanálise, e descobrindo novas aplicações para ela. O líder desse movimento de aproximação entre a psiquiatria e a psicanálise seria Jung, na época o principal assistente de Bleuler. Em 1906, Jung publica seus *Estudos de diagnóstico de associação* e, em seguida, *A psicologia da demência precoce*, obras que teriam grande influência no pensamento de Bleuler (GUSMÃO, 2016).

O termo bleuleriano “esquizofrenia” situa no centro dos sintomas psíquicos a esquizo (divisão, clivagem, cisão) do sujeito em relação à realidade. A esquizo se manifesta, “na perda do poder regulador do eu e da consciência sobre o curso do pensamento, e o conjunto das operações psicológicas se encontra a serviço da ação dos complexos”. Essa independência dos complexos que se autonomiza tem como efeito a “cisão da pessoa”.

O próprio Bleuler escreve:

Em seu contato com certas pessoas, muitos esquizofrênicos parecem exteriormente normais, e em relação a outros podem ser violentos, fechados ou negativistas. Mas não se trata de dizer que essa transformação é voluntária ou apenas consciente. Existe muito simplesmente uma conexão totalmente diferente; sentimentos, pulsões e até mesmo associações, que predominam em um quadro, são barrados em um outro, e em seu lugar outros sentimentos, pulsões e associações são colocados no circuito. Os dois produtos da esquizo (*Spaltung*) da pessoa podem coexistir.

FREUD

Conforme Freud, a esquizofrenia reflete uma fixação do sujeito em etapas primitivas do desenvolvimento psíquico, mais precisamente, em etapas da fase oral. Na fase oral, a principal zona erógena é a boca, ou seja, a libido está organizada na zona oral, esta fase inicia-se no nascimento e estende-se até aproximadamente o primeiro ano de vida do bebê. Nesta fase, é através da boca que a criança irá conhecer o mundo, através de um modo incorporativo, fornecendo também prazer, onde a primeira descoberta de afeto do bebê é o seio, é através da ligação com o seio que o bebê irá experimentar suas primeiras vivências de amor e ódio com o mundo. O sujeito que desenvolve esquizofrenia apresenta conforme a teoria psicanalítica a desintegração do ego, que para a teoria freudiana, isso desempenha um retorno a fase oral do desenvolvimento psicosexual infantil, nessa fase o ego não estava totalmente estruturado, tendo como principal influência prejuízos no vínculo mãe-bebê.

A esquizofrenia, por vezes, resulta no embotamento afetivo e conseqüentemente na perda do interesse no mundo exterior e com isso a formação dos sintomas delirantes. Nas análises observou-se que o delírio é como um reparo colocado onde originalmente ocorreu uma cisão na relação entre o eu e o mundo externo (FREUD 1923/ 1925).

Freud (1923-1925) traça um paralelo entre a neurose e a psicose, no qual, a neurose seria o conflito entre o eu e o id enquanto a psicose seria semelhante, porém há uma perturbação nos laços entre o eu e o mundo externo. Tanto a neurose quanto a psicose se opõem ao mundo exterior por ser incapaz de se adaptar as exigências da realidade, são análogas, mas na sua primeira reação do que na segunda reação onde ocorre o processo de reparo.

Na neurose o fragmento da realidade é evitado pelo mecanismo de fuga, tendo em vista que ela não repudia a realidade externa apenas a ignora, já a psicose renúncia essa realidade e tenta substituí-la. Podemos dizer que o surgimento da neurose foi uma tentativa de repressão fracassada do ego com o intuito de reprimir o impulso instintual, enquanto a psicose como dita anteriormente é similar ao processo neurótico, porém distinta na mente (FREUD, 1923/1925).

A primeira etapa da psicose é afastar o ego da realidade o mesmo que ocorre nas neuroses, a distinção aparece na segunda etapa que é reparar os danos causados e reestabelecer a relação do sujeito com a realidade criando uma realidade e não opondo à antiga. Tanto a neurose quanto a psicose servem ao desejo de poder do id (FREUD, 1923/1925).

A libido que retorna para o próprio ego resulta na perda de interesse no mundo externo desvitalizando os objetos e concentrando-se inteiramente na imagem de si mesmo, Zimmerman (1999) em *Fundamentos Psicanalíticos* cap.5 pag. 78 descreve que “as energias psíquicas demandam gratificações imediatas sem levar em conta a realidade exterior, o bebê por meio da satisfação alucinatória substitui o seio pelo polegar, no entanto a satisfação mágica é frustrante por não suportar as exigências da realidade.”

O texto *Introdução ao narcisismo* de 1914, Freud, traz a questão da libido na esquizofrenia, este aponta que a megalomania própria deste estado mostra o caminho, ela originou-se à custa da libido objetal que retirada do mundo externo foi voltada para o próprio eu momento pelo qual chamamos de narcisismo, ainda relata que a megalomania não é uma criação nova e sim um estado a qual já havia existido antes levando a observar que o narcisismo que surge dos investimentos objetais são secundários edificados sobre o narcisismo primário que foi ofuscado por diversas influências (ALVES, 2019)

Freud retrata que o sujeito toma seu próprio corpo como sendo ao mesmo tempo uma fonte e um objeto de desejo da libido sexual, desta maneira contestou Jung e, esse pensamento vem a ser conceituado como sendo o narcisismo primário que inicialmente seria uma etapa evolutiva sucedendo outra pelo qual denominou de autoerotismo, há teóricos que contrapõe Freud, diz que o narcisismo primário original é o da vida intrauterina Freud expõe, que nesse tipo de narcisismo aconteceria uma total indiferenciação entre o ego submetido e confundido com id e a realidade exterior (ZIMERMAN, 1999).

No caso Schreber, Freud refere-se que a introversão da libido sexual conduz ao efeito da perda da realidade e do mundo externo, o texto exemplifica que uma pessoa que padece de uma doença orgânica abandona o interesse pelas coisas que não dizem respeito ao seu sofrimento, em estudos observou-se que esses indivíduos retiram o interesse dos objetos amorosos e sessão de amar enquanto sofrem, como observado

o doente retira o investimento libidinal depositando-o no próprio eu e posteriormente é redirecionado depois que curar-se (ALVES, 2019).

Freud salienta em seus estudos sobre o inconsciente que nos casos de neurose, a libido que é retirada do objeto real retorna em direção ao objeto que existe na fantasia e vai de encontro ao objeto recalado, no entanto com a esquizofrenia ocorre diferente o mecanismo de negação e distinto, após o acontecimento do recalque a libido se recolhe do eu e passa a não investir carga no objeto onde se estabelece um estado de narcisismo primário sem objeto sua particularidade é incapacidade de transferência, rejeição ao mundo externo, sobre investimento no próprio eu e apatia total (PEREZ, 2012). Os processos de condensação e deslocamento trazem as marcas das mobilidades das cargas de investimento de energia que escoam pela barreira, mas os mecanismos de condensação e deslocamento procuram reinvestir nas representações ligadas as experiências de satisfação próprio do desejo, Freud nos adverte dizendo que no caso da esquizofrenia as palavras são submetidas ao mesmo processo que nos pensamentos oníricos latentes que são transformados em imagens oníricas (PEREZ, 2012). O investimento libidinal de representação de palavras não faz parte do ato de recalcar, mas representa a primeira das tentativas de cura que predominam no quadro clínico da esquizofrenia (PEREZ, 2012).

LACAN

Lacan propôs um tratamento psicanalítico das psicoses e conseqüentemente da esquizofrenia. Para atingir seus objetivos teóricos clínicos propôs uma releitura de Freud sobre a psicose. Seu trabalho possibilitou uma mudança radical no modo de compreensão da psicose pela psicanálise.

O percurso de Lacan dedicado à clínica da psicose é extenso. Seu início se consagra em 1932 com a publicação de sua tese de doutoramento Da psicose paranoica em suas relações com a personalidade (1932/1987). A partir de um caso clínico de grande repercussão em sua época, procurou incluir a paranoia de autopunição como uma nova entidade na nosologia psiquiátrica. O caso ficará conhecido como Aimée, por ter sido exatamente este o nome fictício escolhido por Lacan para a paciente em alusão a uma personagem de um dos livros que a própria paciente escrevera antes de seu trágico fim.

Neste momento, Lacan sofria influência freudiana, da fenomenologia e da filosofia de Spinoza, das quais retira alguns marcos teóricos tais como a teoria da personalidade, a psicogenia, o processo, a discordância e o paralelismo como elementos para definir o fenômeno paranoico (ROUDINESCO, 2008)

A paranoia, desde o início, será o quadro clínico, entre as psicoses, privilegiado por Lacan. Suas formulações sobre as psicoses percorrerão toda a sua obra até suas últimas elaborações sobre o real, o *sinthome* e *lalíngua*, estes últimos relacionados aos estudos que realizou sobre a obra de James Joyce em O Seminário XX: mais ainda (Lacan, 1972/1973). Lacan utiliza, por vezes, o termo paranoia para se referir à psicose de modo geral, no entanto, assim como Freud, conservou sua distinção frente à esquizofrenia.

Lacan também teoriza sobre a psicose a partir da obra de Freud que se refere à passagem no fim da obra do Caso Schreber, que é o maior texto da obra de Freud sobre as psicoses. Freud traçaria ali “uma linha divisória de águas, entre paranoia de um lado e de outro, tudo o que gostaria que fosse chamado parafrenia e que corresponde exatamente ao campo das esquizofrenias” (Lacan, 1955- 56, p.12).

Para Freud, portanto, o campo da psicose se dividiria em dois, no plural, tendo feito grandes indicações teóricas que orientassem para as especificidades e diferenças entre esquizofrenia e paranoia que apontam para posições subjetivas distintas. No fim de sua obra, no entanto, discute a psicose de forma mais ampla, no singular, englobando todos os quadros e relacionando todas as psicoses a um conflito do eu com a realidade externa, apesar de não ter conseguido formalizar com clareza um mecanismo específico para as psicoses. Esta aresta deixada por Freud motivará Lacan, em seu retorno a Freud, a avançar essa discussão.

Apesar de também ter privilegiado a paranoia, Lacan, em diversos momentos, deixou indicações preciosas a respeito da especificidade clínica da esquizofrenia. Lacan procura interpretar a obra freudiana demonstrando que em sua pesquisa do inconsciente o mesmo seria estruturado como linguagem, o que lhe permitiu a introdução das categorias do simbólico, real e imaginário para o estudo do funcionamento psíquico, trazendo a partir daí uma nova dimensão de sua compreensão.

Lacan definirá o atravessamento do Édipo como elemento fundamental para se circunscrever a neurose, já que ele estabeleceria o acesso a um discurso como laço social, uma vez que a inclusão do Nome-do-Pai (significante ordenador) no Outro (cadeia significante) decorre dessa travessia. A não inclusão do significante Nome-do-Pai, ou seja, sua forclusão é o que circunscreve o campo das psicoses. A partir das elaborações sobre o imaginário e a constituição do eu através do Estádio do espelho, tendo por base a teoria freudiana do narcisismo, Lacan trouxe contribuições valiosas à teoria e clínica dos fenômenos esquizofrênicos. Dentre as contribuições lacanianas à esquizofrenia, em sua tese ele diz que “para o esquizofrênico todo o simbólico é real” (Lacan, 1953-4, p.394). Esta frase seria uma das maiores contribuições lacanianas à esquizofrenia e se basearia na interpretação da fórmula freudiana destacada em “O Inconsciente” (Freud, 1915), em que a esquizofrenia a palavra é tomada como coisa. Destaque é dado à teoria do significante e sua dimensão simbólica, que na esquizofrenia encontraria um vazio. Esse vazio significante nos apresentaria uma questão sobre a existência e definição mesma do sujeito, uma vez que sua constituição encontrar-se-ia alienada a uma representação significante.

BION

Na esquizofrenia, a situação geral é agravada por conta de uma débil predisposição do paciente ao autorreconhecimento como ser, que leva à instabilidade contínua da noção de si mesmo, ocorrendo desde as origens remotas dos processos mentais. Tomando-se por referência a teoria de Bion (1972), o início dessa situação remonta à relação mãe-bebê, em que este, por causa de sua grande imaturidade, não é capaz de realizar transformações dos dados sensoriais em elementos mentalmente assimiláveis, vindo a necessitar da mãe para abrigar, dar forma e consistência ao mundo mental inicialmente indiferenciado e caótico. Ele concebe a existência no bebê de uma preconcepção de *self*, que corresponde à expectativa da existência de um *self*, que se efetiva como concepção por intermédio da atitude materna de receber, conter e devolver ao bebê os produtos mentalmente transformados daquilo que ele envia e deposita nela, caso ela seja capaz de gerar transformações e, assim, ajudar o bebê a realizar uma “digestão mental”. Esse processo de restituições sucessivas feitas em função da atitude materna dotada de suficientes receptividade e

sensibilidade ao contato com a vida mental primitiva estabelece condições de evitar que o bebê fique à mercê da indiferenciação, do caos e da destrutividade (TRINCA, 2011)

Desse modo, abre espaço ao desenvolvimento da função de constituição do sentido do ser, a qual, representaria a preconcepção de um ser e a função básica de contato com ele. Se, por insuficiência de *rêverie* materna, essa função for prejudicada ou não se instalar satisfatoriamente, os resultados mais evidentes, para Bion, relacionam-se às dificuldades do bebê em alcançar representações de si mesmo diferenciadas das representações da mãe (ou de partes desta). Um continente materno desfavorável minimiza as oportunidades de transformações das impressões sensoriais em nível simbólico, tendendo o bebê a permanecer no nível da equação simbólica, que se refere a uma situação bastante afastada da noção de si mesmo.

A esquizofrenia relaciona-se às dificuldades de a pessoa encontrar recursos internos para dominar a pulsão de morte, desde as fases iniciais dos processos de desenvolvimento emocional. Isso significa que desde o princípio a pulsão de morte força sua introdução no *self*, que pode se constituir em depositário de seus produtos (TRICA, 2011)

Essa situação tende a se amplificar com as dificuldades da pessoa em reconhecer o próprio ser, sendo que nos primórdios da vida psíquica esse reconhecimento é dependente de uma atitude materna adequada e sensível às necessidades do bebê.

Por isso, Winnicott (1970) relacionou a esquizofrenia às falhas da maternagem precoce, quando o bebê se encontra em estado de dependência total relativamente ao ambiente. Nessas fases, uma atitude materna que se traduz por falhas graves quanto aos cuidados maternos essenciais tem por consequência a interrupção do sentido de continuidade da existência, implicando o aniquilamento da individualidade. Na esquizofrenia, prevalecem os componentes sensoriais primitivos e os processos derivados da pulsão de morte, que se afastam dos elementos constituintes do sentido “inato” da existência pessoal (TRINCA, 2011).

3 SOLUÇÕES / TRATAMENTOS

Manejo psicanalítico na esquizofrenia

O breve levantamento que será feito tomará como bússola a psicanálise de orientação lacaniana.

A experiência tem demonstrado que existem casos que caminham bem com tratamento psicanalítico, casos que caminham melhor com outros tratamentos, existem casos que requerem tratamentos combinados e existem aqueles que desafiam todos os tratamentos.

O matema do tratamento do psicótico.

A linguagem é a matriz de todos os casos. O sujeito como ser falante é uma criação significativa que surge de seu estatuto primeiro de objeto. Na psicose, por não se introduzir a função da castração, temos um sujeito que resiste à falta-de-ser, que resiste a barra, um sujeito-objeto, a-sujeitado ao Outro.

A posição de escuta

Pelo simples fato de falar, o psicótico se põe como sujeito; e o analista, polo de endereçamento, se põe como Outro.

A fala não só dá ao psicótico a condição de sujeito como representa certo acesso ao simbólico, num duplo trajeto: aquele que fala também se escuta. E aquele que fala, de algum modo, denota e metaforiza.

Trata-se de uma escuta analítica, que procura apreender a fala do psicótico não para atribuir-lhe sentido ou compreensão, mas para “tomar ao pé da letra o que ele nos conta”, acolhendo-a como algo específico e próprio daquele sujeito. Lacan propôs o analista em posição de testemunho, como secretário do alienado.

A interpelação do sujeito

Uma das estratégias para tratar o psicótico que se apresenta em condição de objeto consiste, portanto, em interpelá-lo como sujeito. O simples convite à fala já constituiu um movimento nesse sentido, pois aquele que fala está no lugar do sujeito que se dirige ao Outro da escuta.

Como toda a intervenção, a interpelação deve ser feita sob transferência, e inclui todas as modalidades de convocação, implicação ou responsabilização do psicótico como sujeito, visando balançar seu assujeitamento ao Outro.

O tratamento (retificação) do Outro

Na psicose, se tem Um Outro se lei, um Outro intrusivo, um Outro gozador. Uma solução adotada é o delírio, construção simbólica e imaginária que reorganiza o mundo do psicótico.

Na maioria das vezes, porém, os delírios infligem pesado sofrimento ao psicótico, principalmente no caso de delírios alucinatórios.

O tratamento do Outro visa flexibilizar o poder absoluto, ou a onisciência, ou a perfeição atribuída ao Outro. O que se busca é “uma outra Alteridade que seja alternativa ao outro primordial do sujeito”.

Não se trata de refutar, mas de afrouxar seu sistema de crença, ou de balançar a onipotência do Outro, que é, na psicose, estruturalmente tirânico, torturador, mortífero. Um dos objetivos do tratamento poderia assim ser definido: contribuir para criar um outro Outro (não confundir com outro do outro).

O BENEFÍCIO da DÚVIDA

A psicose, por seu turno, é da ordem da certeza. O Outro não é barrado; o psicótico não acredita, ele tem certeza da existência do Outro. O vigor da certeza está presente tanto em relação ao Outro do delírio como em relação ao real da alucinação.

Quando se trata de perseguição atroz, de erotomania mortífera ou de alucinações com vozes de comando assassinas, isso traz sofrimento lancinante para o psicótico. É nesse contexto que se torna oportuno o ditame ético de Lacan: onde houver certeza, introduzir o benefício da dúvida.

A certeza psicótica aparece, em duas situações principais: diante do Outro do delírio e diante do real da alucinação. Em ambos os casos pode estar associada a angústia dilacerante ou a passagem ao ato. O analista, sob transferência, pode contribuir para atenuar o quadro, introduzindo o benefício da dúvida.

4 CONDUÇÃO CLÍNICA / MANEJO

A extração do Objeto a

O objeto a “é o que lidamos no desejo e por outro lado na angústia” (Ibid., p.179).

Em outras palavras, essa imagem constitui para o homem a imagem de seu desejo, isto porque é do lado do Outro que colocamos o que nos falta.

Freud mostrou, portanto, que, embora precise haver objetos para que os impulsos possam ser satisfeitos, esses objetos são variáveis.

Portanto, os impulsos não estão vinculados a objetos específicos, mas precisam de algo que exerça para eles a FUNÇÃO DE OBJETO. “Objeto a” foi justamente o nome que Lacan deu para essa função, esse lugar, que pode ser ocupado pelos mais diversos objetivos concretos.

É como se nossos impulsos fossem como uma latinha vazia na mão dizendo para o mundo: “por favor, me deem qualquer coisa para encher minha latinha”. Qualquer coisa serve desde que preencha!”. A latinha, nessa analogia, seria o objeto a. É justamente por ele ser, tal como a latinha, um lugar virtualmente vazio que faz nossos impulsos serem atiçados. Por isso, Lacan dizia que o objeto a é a causa do desejo.

A angústia na psicose surge quando a falta vem a faltar, ou seja, quando há objeto, quando há objeto demais. Em outros termos, na psicose não há extração do objeto a. Ele não se separou de seu objeto a, guardou-o no bolso, conforme diz Lacan.

Para Lacan, ainda “o campo da realidade se sustenta apenas pela extração do objeto a”. Ou seja, é a extração do objeto a que fornece o enquadramento, ou a janela na qual a realidade toma sua significação para nós. A extração do objeto a, além disso, está correlacionada à própria produção do sujeito.

A angústia na psicose, portanto, tem a ver com a falta da falta, com o objeto demasiadamente presente. Para sair dela, existem diferentes caminhos, como a extração do objeto pela via do significante. É possível, ainda, em um curto-circuito, realizar uma passagem ao ato, tal como uma agressão, uma automutilação ou uma tentativa de suicídio.

Existem várias vias para a extração do objeto a: pela via da passagem ao ato; pela via da alucinação e pela via da palavra.

O tratamento sob transferência

Há diferenças cruciais no tratamento psicanalítico do psicótico referente a transferência. Na neurose o vetor de transferência (amor, ódio) vai do sujeito ao Outro, ou do neurótico ao

analista, e o saber está do lado do analista (sujeito suposto saber). O paranoico só conhece o saber. Sua relação com o saber constitui seu sintoma. Quando o Outro se apresenta para o psicótico como o Outro do saber, ele é encontrado de forma persecutória ou erotomaníaca.

A primeira conclusão propõe que, nesse tratamento, o saber não deve ficar do lado do analista e sim do lado do psicótico. Segunda conclusão: quando o saber fica do lado do analista, podem manifestar-se a modalidade de transferência que inviabilizam o tratamento do psicótico. Existem estratégias para evitá-lo, o que será visto da próxima vez.

A melhor possibilidade de transferência nesse caso é quando o psicótico situa, do lado do analista, o objeto ou o ideal.

Existem várias estratégias que contribuem para lidar com a transferência do psicótico.

- Manobra de transferência: um modo do analista lidar com a transferência psicótica que consiste em sair do lugar persecutório ou erotomaníaco em que o psicótico o coloca, buscando um lugar vazio de gozo. Implica, portanto, não emprestar semblante as atribuições do psicótico. A transferência erotomaníaca ou persecutória, quando muito intensa, pode dar origem a passagens ao ato que dificultam ou inviabilizam a continuação do tratamento. A agressão visaria a barração do Outro ameaçador ou então a ruptura com ele;
- Inversão da suposição de saber: quando o psicótico atribui saber ao analista, por conseguinte, o mais prudente é proceder a inversão da suposição de saber, que deve estar ao lado do psicótico. Outra estratégia que está em consonância com o último ensino de Lacan, situar o saber do lado do psicótico é admitir, entre outros aspectos, que ele sabe o seu caminho, ou que ele é capaz de construí-lo. A tarefa do analista não é trazer a solução, mas entrevê-la no que lhe é apresentado;
- Dispersão do suposto saber: Trata-se de algo que fica bem evidenciado na prática feita por muitos (pratique à plusieurs) realizada numa instituição. Tal proposta tem alguns pilares: 1) uma posição de aprendizagem em relação à clínica, o que, como foi visto, inclui uma suposição de saber do lado do psicótico. 2) uma des-hierarquização do saber prévio, no que se refere ao coletivo institucional. 3) uma divisão de responsabilidades. Fica implícito uma dispersão da suposição de saber, ou uma diluição que se comporta como estratégia frente à transferência psicótica;
- Vínculo frouxo: é uma estratégia para reduzir a especularidade e dar preferência a encontros breves e não muitos próximos uns dos outros. Existem casos em que a estabilização alcançada permite um espaçamento gradativo das sessões, sem que o tratamento perca sua efetividade;

- Trivialização da transferência: consiste em não endossar a tendência de certos psicóticos de fixar-se em seus pontos delíriogênicos, perpetuando-se na sua narrativa delirante. O que se pretende é valorizar aqueles momentos de seu relato em que ele toca na realidade trivial, no dia a dia, na tentativa de trazê-lo para tais temas;
- Neo Transferência: pode ser definida como a criação e o uso de lalíngua da transferência no tratamento da psicose. É um tear onde se procura tecer o laço social, a matriz de um discurso. Além disso, a clínica tem demonstrado que, frequentemente, o estabelecimento de um vínculo (neo)transferencial possui, por si só, certa função estabilizadora.

Bengalas imaginarias

As suplências operam por três registros: imaginário, simbólico e real. Na falta de acesso verdadeiro ao simbólico, um dos recursos do psicótico é utilizar o imaginário para a mediação com o real, em importância, a identificação está para o psicótico assim como metáfora para o neurótico. As identificações funcionam como bengalas imaginárias, fazendo o sujeito equilibrar-se como um banquinho de três pés.

Construção delirante

Quando se considera a suplência pela via do simbólico, é importante assinalar, de início, que na psicose a interpretação está do lado do psicótico, e não deve estar do lado do analista. Na psicose não há recalque e, como diz Lacan, o inconsciente está a céu aberto. Razão pela qual a interpretação é desnecessária, e como o inconsciente é intérprete, a interpretação fica do lado do psicótico. A interpretação aqui é prejudicial: ao mobilizar aspectos pulsionais, pode desencadear uma psicose até então ordinária ou desestabilizar uma psicose desencadeada. Em vez de interpretação, construção.

Não é o analista que escolhe o caminho, mas o psicótico. Não obstante, quando a construção tem lugar, a escuta analítica e algumas pontuações ou comentários podem facilitá-la, contribuindo para amenizar a angústia e moderar o gozo.

O tratamento do real pelo real

Para a psiquiatria, a solução está do lado do psiquiatra, do saber da ciência. Para a psicanálise, a solução está do lado do psicótico, ela aposta no saber do psicótico, ele sabe o seu caminho. O tratamento psicanalítico da psicose inclui, assim, a construção de um sintoma a partir do trabalho com que ele traz, sintoma capaz de organizar minimamente seu mundo e regular minimamente seu gozo.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Bleuler, ao apontar que a cisão do Eu era o sintoma predominante na esquizofrenia, indicou um caminho no qual conseguimos avançar. Através da clínica e da teoria psicanalítica, demonstramos a importância fundamental de uma compreensão da constituição do eu e da imagem corporal na psicopatologia da esquizofrenia.

Na alienação imaginária da psicose, particularmente na esquizofrenia, encontramos o sujeito capturado a este fenômeno fundamental do transitivismo, no qual o eu é o outro.

A esquizofrenia representa uma fixação do sujeito em etapas primitivas do desenvolvimento psicosexual, especificamente na fase oral, iniciada no nascimento, estendida até em torno do primeiro ano de vida do bebê. Quando o ambiente não é suficientemente bom não haverá no bebê o desenvolvimento adequado do ego, e sim ocorrerá o estabelecimento do pseudo-eu, ocorrendo um bloqueio no processo de integração e amadurecimento, do qual o sujeito poderá fazer uso de mecanismos de defesas psicóticas, do tipo esquizoide, ou do tipo falso *self*. A Esquizofrenia resulta em uma manifestação desse pseudo-eu, refletindo possíveis falhas na maternagem.

A esquizofrenia em crianças e adolescentes não é uma psicopatologia comum, portanto, deve ser estabelecido um tratamento multidisciplinar para detecção precoce e tratamento adequado de crianças e adolescentes com este transtorno, pois devido as sintomáticas do transtorno confundir-se às características da fase de desenvolvimento, o diagnóstico deve ser elaborado com parcimônia e precisão. Aos adolescentes deve-se ter atenção especial e esclarecimento socioeducativo da relação entre o uso de substâncias e o desenvolvimento de psicopatias, em especial a esquizofrenia. O tratamento, normalmente, é associado de psicoterapia e medicamentos antipsicóticos, lembrando que não há estudos suficientes acerca da segurança do uso prolongado em crianças e adolescentes.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

- 1 ALVES, D.R.et al. Uma revisão histórica e psicanalítica da esquizofrenia a importância da família na adesão ao tratamento. **Revista Educação – UNG Ser**, v.14, n.1, p. 31-45, 2019.
- 2 AMARANTE, P. TORRE, E. H. G. Medicalização e determinação social dos transtornos mentais: a questão da indústria de medicamentos na produção de saber e políticas. **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**, p. 151-160, 2010.
- 3 BION, W.R. Estudos psicanalíticos revisados. 3. ed. **Rio de Janeiro: Imago**, 1994
- 4 CASTRO, M.G.K.;STÜRMER, A. et al. Crianças e adolescentes em psicoterapia. A abordagem psicanalítica. **Porto Alegre:Artmed**, 2009
- 5 DALGALARRONDO, P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais [recurso eletrônico] – 3. ed. – **Porto Alegre : Artmed**, 2019.
- 6 GUSMÃO, R.O.M. A esquizofrenia e as experiências idiossincráticas corporais: uma revisão psicanalítica. **Dissertação – UFRJ – Instituto de Psicologia**, 136p., Rio de Janeiro, 2016.
- 7 JARDIM, L.L. A fragmentação do eu na esquizofrenia e o fenômeno do transitivismo: um caso clínico. **Revista mal-estar e subjetividade**, v.11(1), p. 267-284, 2011.
- 8 JARDIM, L.L. Pesquisa em Psicanálise: questões a Partir do transitivismo com Pacientes esquizofrênicos. *Revista Agora*. v.20(1), p. 103-117, 2017.
- 9 NARDI, A.E.; QUEVEDO, J.; DA SILVA, A.G. Esquizofrenia – teoria e clínica. **Porto Alegre : Artmed**, 2015.
- 10 OCHOA, S., MARTÍNEZ, F., RIBAS, M., GARCÍA-FRANCO, M., LÓPEZ, E., VILLELLAS, R. HARO, J. M. Estudio cualitativo sobre la autopercepción del estigma social en personas con esquizofrenia. **Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría**, 31(3), 477-489, 2011.
- 11 OLIVEIRA, W. V. D. (2011). A fabricação da loucura: contracultura e antipsiquiatria. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 18(1), 141-154.
- 12 QUINET A. Psicose e laço social – Esquizofrenia, paranóia e melancolia. 2ªed., **Editora Zahar**, 2006.
- 13 SHIMABUKURO, F. O inconsciente e a lógica a partir de Freud e Lacan. **Ágora : Estudos em teoria psicanalítica**, v.22, n.2, p. 200-208, 2019.
- 14 PEREZ, O. D. Para ler Freud o inconsciente: onde mora o desejo. Rio de Janeiro: **Civilização Brasileira**. p. 133-138, 2012.
- 15 RIBEIRO, Marcelo Afonso. Psicologia em Pesquisa. **Revista Psicologia em Pesquisa**, v. 16, p. 01–26, 2022.
- 16 SILVA Da, R.C.B. Esquizofrenia: uma revisão. **Psicologia – USP**, v.17(4), p. 263-285, 2006.
- 17 SILVEIRA, L. C., & BRAGA, V. A. B. (2005). Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. **Revista Latino- Americana de Enfermagem**, 13(4), 591-595.
- 18 TRINCA, W. Notas sobre a esquizofrenia no contexto da psicanálise. **Revista de estudos Psicanalíticos**. v. 29(1), p. 89-110, 2011
- 19 ZIMERMAN. D. E. Fundamentos psicanalíticos: teoria e prática: uma abordagem didática. **Porto Alegre: Artimed**,1999.
- 20 <https://clipp.org.br/das-suplencias-do-sintoma-ao-sinthoma/>
- 21 <https://www.franciscopaesbarreto.com/a-direcao-do-tratamento-do-psicotico/>
- 22 <http://ermiracultura.com.br/2021/10/06/a-matematica-de-lacan/>
- 23 https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/tede/6204?locale=pt_BR