

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
PROGRAMA DE APRIMORAMENTO PROFISSIONAL

MARILIA SILVEIRA CARDOSO

**TRATAMENTOS PSICANALÍTICOS DA PESSOA COM
ESQUIZOFRENIA NA ATUALIDADE**

MARÍLIA

2017

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
PROGRAMA DE APRIMORAMENTO PROFISSIONAL

MARILIA SILVEIRA CARDOSO

TRATAMENTOS PSICANALÍTICOS DA PESSOA COM ESQUIZOFRENIA NA
ATUALIDADE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Aprimoramento Profissional/SES, elaborado na Faculdade de Medicina de Marília em Psicologia Clínica em Saúde Mental, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Roseli Vernasque Bettini
Área: Saúde Mental.

Marília
2017

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca da Faculdade de Medicina de Marília.

C268t Cardoso, Marília Silveira.
Tratamentos psicanalíticos da pessoa com
esquizofrenia na atualidade / Marília Silveira Cardoso. - -
Marília, 2017.
30 f.

Orientadora: Profa. Dra. Roseli Vernasque Bettini.
Trabalho de Conclusão de Curso (Programa de
Aprimoramento Profissional) – Secretaria de Estado da
Saúde-Fundap, elaborado na Faculdade de Medicina de
Marília em Psicologia Clínica em Saúde Mental.
Área: Saúde Mental.

1. Esquizofrenia. 2. Psicanálise. 3. Transtornos
psicóticos. 4. Saúde mental.

Marília Silveira Cardoso

Tratamentos psicanalíticos da pessoa com esquizofrenia na atualidade

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Aprimoramento Profissional/SES, elaborado na Faculdade de Medicina de Marília em Psicologia Clínica em Saúde Mental.

Área: Saúde Mental.

Comissão de Aprovação:

Prof^a. Dr^a. Roseli Vernasque Bettini
Supervisora/Orientadora

Prof^a. Dr^a. Camila Mugnai Vieira
Coordenadora PAP/SES – Famema
Área Saúde Mental

Prof^a. Dr^a. Roseli Vernasque Bettini
Coordenadora PAP/SES – Famema

Data de aprovação: _____

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por tocar meu coração em direção a psicologia e ao aprimoramento. Aos meus pais que estão sempre comigo nessa caminhada, aos amigos que fiz em Marília, muita gratidão por ter tido oportunidade de conhecer pessoas maravilhosas nessa trajetória, e aos amigos de Bauru que mesmo estando longe continuaram presentes em minha vida.

Agradeço a Roseli, minha orientadora, supervisora e coordenadora que auxiliou em meu desenvolvimento profissional e na conclusão desse trabalho, além de me dar apoio em momentos de dificuldade, me ensinando que há esperança e um novo nascimento a cada obstáculo enfrentado.

Agradeço a Naiara, amiga de aprimoramento e de lar, um “achado” que quero levar para vida, obrigada pelo companheirismo, pelas conversas e silêncio, por toda contribuição profissional e pessoal.

Agradeço aos professores e profissionais que de maneira singular contribuíram para o meu desenvolvimento. À minha preceptora Magali que esteve tão junto, auxiliando em minhas dificuldades e angústias. À Vânia que me ajudou a enfrentar obstáculos e contribuiu para o tema desse trabalho. À Vivian que possui um olhar único, auxiliando de diversas formas para o meu desenvolvimento. À Camila que nos proporcionou momentos agradáveis em meio a tantas reflexões. À Lilian que de maneira única e carinhosa esteve em nossos últimos momentos, nos trazendo novas perspectivas de estudo. À Olga por todo aprendizado e momentos de descontração. À Tereza que esteve sempre disposta a ajudar, sendo acolhedora e receptiva.

Sinto-me profundamente grata aos pacientes pela confiança e por terem me proporcionado tantos aprendizados. Foi apenas um ano, mas vivido de forma única, intensa e de muitas transformações.

Não tenho pretensões de conquistar a inglória
perfeita.

Os loucos me interpretam.

A minha direção é a pessoa do vento.

Meus rumos não têm termômetro.

De tarde arborizo pássaros.

De noite os sapos me pulam.

Não tenho carne de água.

Eu pertença de andar atoamente.

Não tive estudamento de tomos.

Só conheço as ciências que analfabetam.

Todas as coisas têm ser?

Sou um sujeito remoto.

Aromas de jacintos me infinitam.

E estes ermos me somam.

O Andarilho – Manoel de Barros

RESUMO

O presente trabalho teve como objetivo identificar os tratamentos oferecidos às pessoas com esquizofrenia enfocando a abordagem psicanalítica. Foi realizada uma pesquisa bibliográfica, conforme conceitos de Pádua (2008) e análise qualitativa referenciada em Turato (2013). Foi possível levantar três categorias importantes: a) abordagens teóricas utilizadas; b) tipos de atendimentos e cenários utilizados e c) desenvolvimentos dos manejos técnicos. Assim, a pesquisa revelou que a abordagem lacaniana é a mais utilizada para o tratamento de pessoas com esquizofrenia e observou-se que a linguagem é um recurso terapêutico para o desenvolvimento do tratamento, podendo ser expressa de forma de escrita, falada ou cantada. São realizados tratamentos individuais ou grupais, em consultórios e instituições de saúde mental. Para o processo foi necessário usar de diversos recursos para que se possibilitasse a expressão do paciente, ampliando a maneira tradicional da abordagem analítica. Houve a necessidade de vínculo de confiança entre terapeuta e paciente, estabelecimento da transferência e menor uso de interpretação, para não ocorrer intrusão. O terapeuta pôde experienciar com o paciente sua vivência de desorganização, auxiliando-o em uma reorganização significativa. Cabe ressaltar a importância de os profissionais publicarem suas experiências, pois a diversidade de manejo técnico é grande e pode auxiliar novos estudos e reconhecimentos que venham a contribuir para o tratamento de pessoas com esquizofrenia.

Palavras-chave: Esquizofrenia. Psicanálise. Transtornos psicóticos. Saúde mental.

ABSTRACT

The present work had as its aim to identify the treatments offered to people with schizophrenia focusing psychoanalytic approach. A bibliographic research has been done, according to Pádua (2008) concepts and qualitative analysis referred in Turato (2013). It was possible to bring up three important categories: a) used theoretical approaches; b) attendance types and used scenarios and c) developments of technical management. Thus, the research revealed that the Lacanian approach is the most used in schizophrenia people treatment and it was observed that the language is a therapeutic source for treatment development, expressed in written, spoken or singed way. Individual or group treatment are accomplished, in clinics and mental health institutions. For the process, it was necessary to use many resources enabling patient expression, extending the traditional manner of analytical approach. There was the necessity of a trust bond between therapist and patient, establishment of transfer and minor use of interpretation, not to occur intrusion. The therapist could experiment with the patient, the patient's experience of disorganization, helping in a significant reorganization. It is highlighted the importance of professionals to publish their experiences for the diversity of technical management is high and it can help new studies and acknowledgments which come to contribute for schizophrenia treatment.

Key-words: Schizophrenia. Psychoanalysis. Psychotic disorders. Mental health.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	OBJETIVO	17
2.1	Objetivo geral	17
2.2	Objetivos específicos	17
3	METODOLOGIA	18
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES	19
4.1	Abordagens teóricas utilizadas	20
4.2	Tipos de atendimento e os cenários utilizados	22
4.3	Desenvolvimento de manejos técnicos	23
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
	REFERÊNCIAS	29

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo originou-se da experiência prática na área da saúde mental, especificamente da psicologia clínica. Na prática me interessei em aprofundar os meus estudos no tratamento de pacientes com esquizofrenia, após atendimento e dificuldade no manejo clínico. Foram consideradas várias abordagens psicológicas na atualidade para constituir o tratamento, mas houve o interesse pela abordagem psicanalítica. Dessa forma, me senti motivada a pesquisar, como a psicanálise pode contribuir através de suas técnicas para o tratamento de pacientes com esquizofrenia, nos âmbitos da clínica individual e institucional.

Michel Foucault (1991 apud STERIAN, 2011, p. 45)¹, em sua pesquisa sobre a *História da Loucura*, constatou em um tempo relativamente atual, que o Ocidente deu o significado de “loucura” como uma doença mental. O “louco” era visto, até a vinda da medicina positivista, como um “possuído”, um doente esquecido, com definições severas pela religião.

Sterian (2011) cita que a maioria dos hospitais da Idade Média tinha leitos reservados aos loucos, como se fossem espécies de jaulas. O modelo contemporâneo da esquizofrenia engloba os doentes neste grupo, representam os alienados que, inicialmente, chocavam por sua estranheza, suas bizarras e pela evolução gradativa dos seus distúrbios para um estado de embotamento, de empobrecimento e de incoerência. Estes doentes chamavam a atenção dos clínicos desde há muito tempo, pois, entre todos aqueles que enchiam os asilos do século XIX, existia certa semelhança com relação aos sintomas.

Em seus estudos, Kraepelin (1890/1907 apud EY; BERNARD; BRISSET 1981, p. 534)² agrupou esse tipo de transtorno como Dementia precox, ou seja, demência precoce, que seria uma espécie de “loucura” em um crescente estado de debilitamento psíquico e pelos distúrbios intensos da afetividade, como, indiferença, apatia e sentimentos incoerentes. Diferenciava nesta demência precoce três formas clínicas: uma forma simples, a hebefrênica; uma forma catatônica; e uma forma paranóide, definida pela importância das ideias delirantes mais ou menos extravagantes e emaranhadas (EY; BERNARD; BRISSET, 1981).

Bleuler (1911 apud EY; BERNARD; BRISSET, 1981, p. 535)³ sugere que todos os doentes mentais, exceto os maníacos-depressivos, os neuróticos, os epiléticos e os orgânicos, entravam no grupo das esquizofrenias. Ele acreditava que estes doentes não são dementes,

¹ FOUCAULT, M. **História da loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1991.

² KRAEPELIN, E. **Handbuch der Psychiatrie**. [S.l.:s.n.], 1899.

³ BLEULER, L. Dementia Precox oder Gruppe der Schizophrenien. In:_____. **Traité d'Aschaffenburg**. [S.l.:s.n.], 1911.

mas sim afetados por um processo que causa afrouxamento das associações, autismo e ambivalência, sinais ‘primários’ da dissociação esquizofrênica. “Suas ideias e sentimentos são como no sonho, a expressão simbólica dos complexos inconscientes”. Esse modo de entender a esquizofrenia mostra a influência do pensamento de Freud, avançando nas análises puramente descritivas de Kraepelin.

De acordo com Sterian (2011) esquizofrenia é uma palavra composta de dois termos de origem grega, de acordo com o vocabulário de Bleuler: “skhizein”, que significa fender, rasgar, dividir, separar e “phrên”, “phrênos”, que quer dizer pensamento.

Geralmente entende-se por psicose esquizofrênica, segundo Ey, Bernard e Brisset (1981, p. 536):

Conjunto de distúrbios em que predominam a discordância, e incoerência ideoverbal, a ambivalência, o autismo, as ideias delirantes, as alucinações mal sistematizadas e profundas perturbações afetivas no sentido do desinteresse e da estranheza dos sentimentos – distúrbios que tendem a evoluir para um déficit e uma dissociação de personalidade.

De acordo com o DSM-5, Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, é proposto uma série de critérios diagnósticos para a esquizofrenia. Os sintomas característicos seriam, como critério A: “(1) os delírios; (2) as alucinações; (3) o discurso desorganizado; (4) o comportamento grosseiramente desorganizado ou catatônico e (5) os sintomas negativos, isto é: expressão emocional diminuída ou avolia”. Pelo menos dois desses sintomas, devem estar presentes durante parte significativa do tempo em um mês ou mais (Associação Psiquiátrica Americana, 2014, p. 99).

Incluem também como critério B, nível de funcionamento em uma ou mais áreas importantes do funcionamento, como trabalho, relações interpessoais ou autocuidado, abaixo do nível alcançado antes do início da crise. Definido como critério C, deve persistir sinais contínuos de perturbação que persistam por um período, de pelo menos, seis meses. “Sintomas prodrômicos costumam anteceder a fase ativa, e os sintomas residuais podem segui-la, caracterizados por formas leves ou em níveis subclínicos de alucinações ou delírios” (Associação Psiquiátrica Americana, 2014, p. 101).

É citado ainda que os “sintomas negativos são comuns nas fases prodrômica e residual, podendo ser graves” (Associação Psiquiátrica Americana, 2014 p. 101). Indivíduos podem ficar retraídos a rotinas que eram socialmente ativos antes da crise, esses comportamentos são constantemente o primeiro sinal de um transtorno (Associação Psiquiátrica Americana, 2014).

Citado como critério D, são descartados o transtorno esquizoafetivo e transtorno depressivo ou transtorno bipolar com características psicóticas, pois não ocorrem episódios depressivos maiores ou maníacos concomitantemente com os sintomas da fase ativa, ou seja episódios de humor ocorreram durante os sintomas da fase ativa, sua duração total for breve em relação aos períodos ativo e residual da doença. Já como critério E, a perturbação não pode ser atribuída aos efeitos fisiológicos de substâncias ou a outra condição médica (Associação Psiquiátrica Americana, 2014).

O pensamento, no esquizofrênico, se apresenta embaralhado, desordenado, às vezes lentificado, outras vezes precipitado e prolixo ou ainda alíptico e descontínuo, ocorrendo em saltos (descarrilamento). Outro fenômeno observável é o bloqueio do pensamento, a elocução se interrompe bruscamente, por alguns segundos, o pensamento fica como que suspenso. Depois a conversão retorna ao tema anterior, ou a um outro que aparece bruscamente, como se nada tivesse ocorrido (EY; BERNARD; BRISSET, 1981).

Ey, Bernard e Brisset (1981) falam aqui, em experiência delirante, referindo-se não apenas a presença de delírios, mas também, às alterações da sensopercepção (alucinações). A vivência delirante primária ou estado delirante primordial representa uma alteração profunda da experiência sensível que não permite mais ao indivíduo relacionar-se aos sistemas anteriores de referências. É provocada uma vivência de estranheza, geralmente angustiante, às vezes aterrorizante, como o pressentimento como se fosse ocorrer uma catástrofe.

Ey, Bernard e Brisset (1981) citam ainda, que a catatonia é a mais grave alteração psicomotora que se pode encontrar na esquizofrenia. Pode chegar a dominar o quadro, constituindo-se na forma catatônica da esquizofrenia. Expressa-se pela perda da iniciativa motora, por uma pobreza do movimento, por uma rigidez cérea. Os gestos ficam lentificados, apenas esboçados ou mecânicos, como os de uma marionete. Podem aparecer movimentos de oscilações ininterruptas de membros ou de todo o corpo desses indivíduos (esteriotipias).

A principal manifestação das alterações da vida afetiva da pessoa com esquizofrenia se expressa na ambivalência, em que demonstra em todas as suas relações sociais. Ey, Bernard e Brisset (1981, p. 574) dizem que:

[...] a ambivalência consiste na experiência de um antagonismo simultâneo ou sucessivo de dois sentimentos, duas expressões, dois atos contraditórios: desejo-temor, amor-ódio, afirmação-negação, etc. Os dois termos opostos são vivenciados conjuntamente e sentimentos separadamente em uma espécie de justaposição ou de mistura inextricável.

É no círculo familiar que os distúrbios afetivos são mais evidentes. “Os pais são, ao mesmo tempo ou sucessivamente, indispensáveis e odiados” citado ainda por Ey, Bernard e

Brisset (1981, p. 574). A pessoa doente, por exemplo, não pode afastar-se de sua mãe, porém, apenas lhe dirige palavras de ódio.

Diante desses conceitos, é indispensável compreender o funcionamento psíquico na esquizofrenia sob olhar de diferentes teóricos psicanalíticos. Portanto, segundo Anderson e Segal (1994), a relação com a realidade é essencial na concepção de Freud, de como a psicose difere da neurose, e de como a neurose, no que lhe diz respeito, difere de estados mais normais. Em sua condição normal, o ego é governado em grande parte pelo que Freud chamou de “princípio de realidade”, a realidade, interna e externa, fazendo-se conhecer para o ego pelos sentidos, pela consciência e pelo pensar. Nas palavras de Freud (1924, apud ANDERSON; SEGAL, 1994, p. 103)⁴:

Um dos aspectos que diferenciam uma neurose de uma psicose [é] o fato de que numa neurose o ego, em sua dependência da realidade, suprime uma parte do id (da vida instintiva), enquanto numa psicose este mesmo ego, a serviço do id, retrai-se de uma parte da realidade

Anderson e Segal (1994) relatam que na neurose a relação com a realidade é mantida à custa de repressão instintiva, enquanto na psicose a relação com a realidade é perdida. O ego psicótico tem interesse de encontrar algum substituto para a realidade que perdeu, como por exemplo, num delírio, o que Freud vê como uma tentativa de cura. Mais além, como resultado de suas pesquisas, Freud ficou também convencido de uma predisposição à psicose em todas as pessoas.

De acordo com Zimerman (2007), Melanie Klein deu à psicanálise uma compreensão que chamou de “seiocêntrica”, dando destaque na importância das primitivas relações do bebê com a mãe, mais precisamente com o objeto parcial “seio”, que fica dividido na mente primitiva da criança naquilo que a autora denominava como “seio bom” e “seio mau”. A autora demonstrou essa concepção a partir de suas análises com crianças de pouca idade, partiu do pressuposto que essa dissociação do seio nutridor materno era devido à ação da pulsão de morte, sob a forma de uma inveja primária que atacava esse seio, com as consequentes ansiedades, culpas e necessidade de fazer reparações.

Klein (1952 apud ANDERSON; SEGAL, 1994, p. 104)⁵ relata que as primeiras ansiedades são, em conteúdo, psicóticas e descreve que o desenvolvimento normal dos bebês

⁴ FREUD, S. **The loss of reality in neurosis and psychosis**. [S.l.:s.n.], 1924. p. 183-187. [Ed. Bras.: “A perda da realidade na neurose e na psicose”, ESB 19.]

⁵ KLEIN, M. Some theoretical conclusions regarding the emotional life of the infant. In:_____. **The Writings of Melanie Klein**, vol. 3, Envy and Gratitude and other Works. Londres: Hogarth Press, 1952. p. 61-93. [Ed. bras.: “Sobre a observação do comportamento dos bebês”, in Obras completas de Melanie Klein, vol. 3.]

“pode ser considerado como uma combinação de processos através dos quais, ansiedades de natureza psicótica são ligadas, elaboradas e modificadas”.

Anderson e Segal (1994) descrevem que em um bebê onde o desenvolvimento emocional primitivo houve falhas, os processos de ligação, elaboração e modificação não ocorrem, e a consequência é que ansiedades primitivas e figuras aterrorizantes permanecem não alteradas e ameaçam dominar a psique do bebê e do psicótico adulto, de modo tal que o ego é levado a um uso demasiado das defesas, como, cisão e identificação projetiva.

Segundo Anderson e Segal (1994), todas essas noções fundamentais de Freud e Klein entram nas teorias de Bion, onde na psicose há a perda da realidade do ego, ódio da realidade e do pensar, constantes ansiedades primitivas não modificadas, seu uso de mecanismos de defesa de cisão e identificação projetiva, além de uma incessante busca pela cura.

De acordo com Bion, na psicose há uma distinção na condição mental inteira, e também uma diferença na própria constituição daquilo que para o psicótico é o mundo. Bion (1957 apud ANDERSON; SEGAL, 1994, p.104)⁶ inicia seu artigo “Diferenciação entre personalidade psicótica e a personalidade não-psicótica” com esta afirmação:

A diferenciação entre a personalidade psicótica e a não psicótica depende de uma cisão, em pedaços mínimos, de toda aquela parte da personalidade que se relaciona com a percepção da realidade interna e externa, e da expulsão destes fragmentos, de forma que eles ou penetram em seus objetos, ou os engolfam.

Conforme cita Bion, se origina a personalidade psicótica na fragmentação, posteriormente de uma expulsão dos meios pelos quais o ego conhece a realidade, ou seja, a fragmentação e a expulsão dos sentidos, da consciência e do pensar. Este é o ponto principal da diferença, Bion considera que há duas condições para que a psique institua um funcionamento psicótico, em primeiro lugar, uma propensão inata extremamente adversa, e, em segundo lugar, a interação dessa propensão com um ambiente hostil (ANDERSON; SEGAL, 1994).

Anderson e Segal (1994) citam que como a psique não é mais uma mente que pensa, que percebe, ela faz uso de identificação projetiva não apenas de modo demasiado, o que de fato faz, mas também de modo diferente. Em vez de serem utilizadas para comunicações normais com os objetos, como quando um bebê normal chora para e por sua mãe, projeções

⁶ BION, W. R. The differentiation of the psychotic from the non-psychotic personalities. **International Journal of Psycho-Analysis**, London, v. 38, p. 266-275, 1957.

são usadas para evacuar e erradicar o conhecimento do self e do objeto. Elas são carregadas de enorme hostilidade, que destroem as bases para o conhecimento intuitivo do self e do objeto.

Já do posto de vista de Winnicott (2000), o desenvolvimento emocional primitivo do bebê segue um percurso de experimentação sensorial, onde existem três processos que ocorrem no bebê, nomeado de integração, personalização e realização. É possível verificar quando a personalidade não está integrada, se dá o nome de estado não-integrado primário, essa por sua vez fornece a base para a desintegração da personalidade, existindo uma regressão ou uma falha de algum outro tipo de defesa.

A tendência a integrar-se é ajudada por dois conjuntos de experiências, por técnicas da relação entre mãe-bebê, onde se mantém a criança aquecida, higienizada, ou seja, onde há intervenção da mãe, além das agudas experiências instintivas que tendem a incorporar a personalidade a partir de dentro. Cita ainda Winnicott (2000, p. 224):

Na vida normal do bebê ocorrem longos períodos de tempo, nos quais o bebê não se importa em ser uma porção de pedacinhos ou um ser único, nem se ele vive no rosto da mãe ou em seu próprio corpo, desde que de tempos em tempos, ele se torne singular e sinta alguma coisa

Esses cuidados, no início da vida do bebê, podem gerar um sentimento de estar dentro do próprio corpo, ou seja, a experiência instintiva, repetida e silenciosa de estar sendo cuidado fisicamente, que constroem, progressivamente, o que se pode chamar de personalização satisfatória. Não ocorrendo esses cuidados no início da vida, pode acontecer o fenômeno psicótico da despersonalização, que também está relacionado ao possível atraso na formação da personalidade. A partir da não-integração pode surgir uma série de dissociações, ao fato da integração não se dar completamente, permanecendo fragmentado (WINNICOTT, 2000).

Portanto, Winnicott (2000) parte do princípio de que as bases da saúde mental são lançadas na primeira infância pelas técnicas utilizadas com naturalidade por uma mãe que da aquilo que o filho necessita. Já se aceita de um modo geral que a neurose tem sua origem nos primeiros anos dos relacionamentos interpessoais, instaurados na época em que a criança começa a assumir seu lugar como pessoa total no interior da família. Dizendo de outro modo, a saúde do indivíduo em termos da socialização e da ausência de neurose torna-se possível graças aos pais na época em que a criança está aprendendo a andar. Mas essa formulação parte da ideia inicial de que houve um desenvolvimento normal durante a fase de lactância. O que não se conhece tão bem, é que os distúrbios que podem ser reconhecidos e classificados como psicóticos tenham sua origem no desenvolvimento emocional anterior à fase em que a

criança já se tornou visivelmente uma pessoa inteira, em condições de relacionar-se por inteiro.

Entendendo o funcionamento psicodinâmico de pacientes com esquizofrenia, podemos ter um percurso de como se dá o manejo clínico. De acordo com Zimmerman (2011), o analista deve partir do princípio de que todo paciente psicótico, por mais desorganizado que esteja, sempre tem uma parte não-psicótica, à qual ele deve unir-se em benefício ao desenvolvimento do paciente. Como ilustração dessa afirmativa, Bion (1992 apud ZIMERMAN, 2011, p. 247)⁷ cita:

Em algum lugar da situação analítica, soterrado por uma massa de psicose, ou neuroses e afins, existe um ser humano que pugna por nascer; o analista está comprometido com a tarefa de auxiliar a libertar o adulto que palpita dentro do paciente, a um mesmo tempo que mostre a esse adulto a criança que ele ainda é.

Segundo Zimmerman (2011), inicialmente, é necessário conseguir estabelecer a aliança terapêutica, sem esse requisito básico o trabalho analítico com este tipo de paciente será improdutivo. Diferentemente do que poderia parecer, é fundamental que se mantenha a preservação do setting básico instituído como uma forma de assegurar a indispensável manutenção dos limites, da valorização do princípio da realidade e da distinção dos respectivos papéis.

Zimmerman (2011) cita que as identificações projetivas costumam ser excessivas, porém o importante é que o terapeuta consiga discriminar os aspectos delas, como sendo, um mecanismo defensivo contra uma angústia de destruição total da mente, ou seja, como um importante meio de comunicação primitiva, por meio dos efeitos contratransferenciais que são despertados no analista e como uma forma de invasão/fusão (podendo provocar uma “confusão” na mente do terapeuta) e controle onipotente.

Os sentimentos que o paciente psicótico não tem condições de verbalizar, de acordo com Zimmerman (2011), serão expressados pela linguagem paraverbal da ação, ou seja, os frequentes “acting”, que devem ser entendidos como uma importante forma de comunicação, bastante primitiva. Essa dificuldade em nomear as angústias que sentem, fato que Bion denominou como “terror do nome, pela razão de que elas estejam irrepresentáveis, ou seja, elas resultam de sensações primitivas que se formaram antes das representações de palavras”. (ZIMERMAN, 2011, p. 248). Portanto é tarefa do analista decodificar o sofrimento do seu paciente psicótico e fazer a devida nomeação daquilo que ainda não tem nome.

⁷ BION, W. R. Conversando com Bion. Rio de Janeiro: Imago, 1992.

Neste contexto, pode-se dizer que a atividade interpretativa e a função continente do analista, aí incluída à capacidade de empatia e paciência, constituem um sistema único, que vai compondo a fundamental atmosfera analítica. Sobre a atividade interpretativa não basta que uma interpretação do analista seja correta, mas que ela seja eficaz, pois somente elas possibilitam nomear e dar sentido às, inominadas, angústias primitivas que o paciente está revivendo. Portanto, cabe ao analista, especialmente quando ele trate a paciente com fortes características psicóticas, ter uma série de atributos básicos, dos quais é preciso ressaltar aqueles correspondentes aos que, certamente, faltaram na maternagem original do paciente (ZIMERMAN, 2011).

Diante desta falta, Sterian (2011) cita que a realidade psíquica constitui-se a partir das relações intersubjetivas onde ocorreu a rejeição. Quando esta acontece, a comunicação desse material da realidade rejeitado com o restante das representações psíquicas fica impedida. Isso se evidencia tanto na forma como esses indivíduos se apresentam, como na maneira com que eles desenvolvem seus vínculos afetivos, sendo que essa rejeição, é sempre rejeição da falta e da ausência. Dessa forma, o que aparece no psicótico, como equivalente da transferência, é a repetição da rejeição.

Partindo desse pressuposto, Sterian (2011) busca descobrir as falhas na comunicação, ou seja, no discurso do paciente, em sua história de vida e na observação da dinâmica de suas relações, pois a partir delas pode encontrar o material rejeitado e tentar restabelecer a comunicação. No trabalho com o paciente, é na relação com o terapeuta que a rejeição fica mais evidente. Só então, esses fragmentos podem adquirir uma forma e um aspecto compatíveis com a figura de um ego coerente, que possa ser reconhecido por outro ego funcionando como suporte secundário do pensamento.

Desta forma o paciente tem a possibilidade, por meio da vivência com o analista de integrar o amor e o ódio, quando percebe que o analista não se desintegra decorrente da força dos desejos de morte que lhe dirige, pode perceber a separação, notar que há “um dentro e um fora”, “um eu e um outro”. Isso lhe abre o acesso à simbolização do material que permanecia rejeitado em seu psiquismo. A partir daí, ele pode investir libidinalmente as representações das experiências de dor rejeitadas, tendo a chance de dominá-las. Assim, essas experiências podem vir a ser “esquecidas”, isto é, serem depositadas no id. Instaura-se, com isso, a clivagem fundamental entre o ego e o id permitindo “deslocar o conflito id-ego contra o

mundo exterior ao conflito ego/mundo exterior contra o id no sentido da neurotização” (GREEN, 1969 apud STERIAN, 2011, p. 196)⁸.

Um obstáculo importante às mudanças psíquicas ocorre quando o terapeuta não percebe as transformações do paciente, por mínimas que estas possam parecer para um observador externo, como, uma menor manifestação de actings, menor transferência negativa, pois por menor que seja, pode estar significando um movimento de independência (ZIMERMAN, 2011).

⁸ GREEN, A. **La nosographie psychanalytique des psychoses**. Informe apresentado no Colóquio Internacional sobre Psicoses. Montreal, 1969. p. 10.

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo geral

Identificar os tratamentos oferecidos às pessoas com esquizofrenia enfocando a abordagem psicanalítica.

2.2 Objetivos específicos

Identificar as abordagens teóricas que embasam os tratamentos;

Classificar os cenários em que são desenvolvidos os tratamentos;

Caracterizar os tipos de atendimentos;

Conhecer o desenvolvimento de manejo das técnicas psicanalíticas utilizadas no tratamento.

3 METODOLOGIA

Esta é uma pesquisa qualitativa do tipo bibliográfica, conforme Pádua (2008) a finalidade desse tipo de pesquisa é “colocar o pesquisador em contato com o que já se produziu e registrou a respeito do seu tema de pesquisa” (PÁDUA, 2008, p. 55).

Foi realizada busca de artigos em bases de dados, com critérios pré-determinados, ou seja, através de termos similares, em português e dos últimos cinco anos, conforme a descrição no item 4, resultados e discussões.

Conforme a proposta de Turato (2013), neste estudo foi realizada a leitura flutuante dos textos selecionados, maneira de escutar o que diz o texto, até obter clareza do processo. Em seguida, foi efetivada a categorização de tópicos emergentes de relevância e repetição dos assuntos, e por último, foi efetuada a interpretação com discussão teórica de conceitos psicanalíticos.

A categorização de tópicos seguiu a análise de conteúdo temática proposta por Minayo (2001), que abrange elementos com características comuns ou que se relacionam entre si, agrupando as ideias em torno de um conceito.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foi realizado levantamento nas bases de dados: Lilacs, Scielo, Indexpsi e Pepsic. Fizeram-se buscas de artigos em português, publicados de 2010 a 2015, com os termos tratamento/terapia, psicanálise e esquizofrenia. Foram encontrados 38 artigos, houve como critérios de exclusão os artigos repetidos, os que se relacionavam a autismo infantil à diagnósticos descritivos e os que apresentaram temas que não se referia diretamente ao tratamento de pessoas com esquizofrenia. Foram selecionados 11 artigos, mencionados abaixo:

Quadro 1 - Informações da coleta de dados

Título	Autores / Categoria profissional e/ou titulação	Periódico	Ano
Mundi-o: Considerações sobre um caso de psicose	Manoel Madeira/Mestre em antropologia, doutorando em psicanálise e psicólogo clínico	Agora (Rio de Janeiro)	2015
Comunicação preliminar sobre o fenômeno da transmissão de pensamento na psicose: O que um Sr. Delirante pode nos ensinar?	Beethoven Hortencio Rodrigues da Costa; Diógenes Domingos Faustino (não consta categoria profissional e/ou titulação)	Estilos clin.	2014
Caso clínico – A esquizofrenia sob olhar da psicanálise	Maria Izabel Fernandes Karlin/Psicanalista e membro efetivo do círculo brasileiro de psicanálise – Seção RJ	Estudos de psicanálise	2014
O caso da “pequena sereia” – Uma reflexão sobre diagnóstico diferencial e final de análise com crianças	Rinalda de Oliveira Duarte (não consta categoria profissional e/ou titulação)	Estilos clin.	2013
Música e um pouco de silêncio: da voz ao sujeito	Carolina Mousquer Lima/Psicóloga clínica e mestre em psicologia social; Maria Cristina Poli/Psicanalista, membro da Appoa, professorade pós-graduação e mestrado	Agora (Rio de Janeiro)	2012
Funções clínicas do trabalho de referência junto a pacientes psicóticos: uma leitura winicottiana	Lilian Miranda; Rosana Onocko Campos (não consta categoria profissional e/ou titulação)	Estudos de psicologia	2012
De um caso clínico à pesquisa: considerações sobre a transferência na clínica da paranoia	Tulíola Almeida de Souza Lima/Mestra em psicologia; Antônio Márcio Ribeiro Teixeira/Doutor em psicanálise	Psicologia em revista	2012
Imaginário, eu e psicose nos primeiros seminários de Lacan	Michele Roman Faria (não consta categoria profissional e/ou titulação)	Estilos da clínica	2011
Freud e a transferência dos psicóticos	Josiane Bocchi/Pós-doutoranda; Jimena Garcia Menendez/Doutora em psicopatologia clínica e psicanálise; Luiz Eduardo Prado de Oliveira/Professor de psicopatologia	Psic. Clin	2011
A arte de morar... na Lua: a construção de um novo espaço de morar frente à mudança do dispositivo asilar para o serviço residencial terapêutico	Tania Kuperman Sztajnberg/Psicóloga especialista em saúde mental; Maria Tavares Cavalcanti/professora associada do depto de psiquiatria	Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.	2010
O AT como recurso clínico no tratamento da psicose	Aline Aguiar Mendes Vilela/Doutoranda em psicologia; Celso Renato Silva/Especialista em clínica psicanalítica; Janette Brito de Oliveira/Psicóloga	CliniCAPS	2010

Através da análise dos 11 artigos selecionados, foram encontradas as categorias a seguir, referentes à pessoa com esquizofrenia:

- a) Abordagens teóricas utilizadas
- b) Tipos de atendimento e os cenários utilizados
- c) Desenvolvimento dos manejos técnicos

4.1 Abordagens teóricas utilizadas

Nos artigos selecionados, foram apresentadas diferentes abordagens teóricas referentes à psicanálise, para o tratamento de pacientes psicóticos.

Apresentam como diagnóstico de pacientes psicóticos, os resultados de Karlin (2014); Lima e Poli (2012); Lima e Teixeira (2012); Madeira (2015); Miranda e Campos (2012); Sztajnberg e Cavalcanti (2010) e Vilela, Silva e Oliveira (2010).

Pode-se verificar que Duarte (2013); Faria (2011); Lima e Poli (2012); Madeira (2015); Vilela, Silva e Oliveira (2010) utilizaram as teorias de Lacan, em que priorizaram como recurso de tratamento, a linguagem, seja expressa na brincadeira, escrita, falada ou cantada e, assim, o paciente pode encontrar um caminho para efetivar a simbolização.

Nos casos apresentados nestes artigos, há uma impossibilidade de os pacientes lidarem simbolicamente com a falta, ou seja, uma dificuldade em lidar com a castração, que não está simbolizada na psicose. Duarte (2013), pautado na teoria de Lacan, afirma que a estrutura psicótica é efeito da forclusão do Nome-do-Pai:

[...] o Nome-do-Pai se inscreve no Outro inaugurando a simbolização, a forclusão do Nome-do-Pai na psicose corresponde no sujeito à abolição da lei simbólica, colocando em causa todo o sistema do significante. A forclusão do Nome-do-Pai implica a não travessia da epopeia edipiana, uma vez que o sujeito não é submetido à castração simbólica, não havendo, portanto, possibilidade de a significação fálica advir (QUINET, 2009 apud DUARTE, 2013, p. 534)⁹.

De acordo com Lacan (1998 apud FARIA 2011)¹⁰, a psicose é abordada na perspectiva do complexo de Édipo, onde falta o pai como representante da lei que ordena simbolicamente a castração. Na perspectiva do real, os efeitos dessa falta de simbolização, ocorrem sob a forma da alucinação. Nessa via, enfatizará principalmente as dificuldades resultantes de um

⁹ QUINET, A. **Teoria e clínica da psicose**. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

¹⁰ LACAN, J. De uma questão preliminar a todo tratamento possível das psicoses. In: _____. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

ordenamento do real que não conta com os elementos da organização edipiana: o falo e a metáfora paterna (tratamento do real pelo simbólico).

Madeira (2015) ressalta o conceito de denegação de Lacan, onde propõe ao sujeito expressar sua história através da escrita e realiza nela uma denegação, ou seja, expressa “não faz sim” alguma coisa. Isto pode auxiliar no processo de inserção do sujeito na lógica significante e, permitir uma “construção rudimentar e estabilizadora de si” mesmo.

Costa e Faustino (2014) e Lima e Teixeira (2012) utilizaram as teorias de Freud e Lacan em discussões sobre a neurose e a psicose. Lima e Teixeira (2012) citaram o caso Schreber analisado literariamente por Freud e retomado por Lacan, para se discutir o manejo da transferência, como essencial para o processo analítico e tratamento da psicose, para que “cada paciente construa um novo modo de articular os registros (imaginário, simbólico e real) em sua experiência” (LIMA; TEIXEIRA, 2012, p. 25)

Karlin (2014); Miranda e Campos (2012) e Sztajnberg e Cavalcanti (2010) utilizaram a abordagem Winnicottiana, embora tenham mencionado também Melanie Klein. Referem como Winnicott (1994 apud MIRANDA; CAMPOS 2012, p. 524)¹¹, a importância da função do suporte afetivo do terapeuta ao paciente, pois os fenômenos psicóticos abrangem um processo relativo a um primitivo “colapso no estabelecimento do self unitário”, experimentado em momentos muito precoces da vida, quando o bebê não possui uma incorporação psicossomática e essa falha coloca o indivíduo num estado de “não tempo” que influencia na falta de organização e de controle do ego.

Assim, a necessidade do paciente não é da interpretação, mas de que o analista esteja re(vivendo) com ele, para que dê suporte para a apropriação da vivência da loucura. Ainda é citado por Winnicott (1975 apud MIRANDA; CAMPOS, 2012, p. 526)¹²:

Ilustra o processo de *ser visto* para poder *ver-se* com as seguintes proposições: “Quando olho, sou visto; logo, existo. Posso agora me permitir olhar e ver. Olho agora criativamente e sofro a minha apercepção e também percebo”. O autor explica que, ao encontrar-se no olhar da mãe, o bebê pode viver sua *ilusão de onipotência* (que é diferente da onipotência como defesa) e desenvolver uma relação criativa com o mundo. Nesta, embora o sujeito possa perceber os objetos de modo objetivo, sempre os *apercebe*, desenvolvendo uma relação Pessoal com a realidade.

Cabe ressaltar a proposição de Klein (1982 apud KARLIN, 2014, p. 108)¹³ de que “nos primeiros anos da infância, manifestam-se ansiedades, características das psicoses que obrigam o ego

¹¹ WINNICOTT, D. W. A importância do *setting* no encontro com a regressão na psicanálise. In: _____. **Explorações psicanalíticas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. p. 77-81.

¹² WINNICOTT, D. W. O papel do espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. In: _____. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975. p. 153-163.

a desenvolver mecanismos específicos de defesa. Nesse período se encontram os pontos de fixação para todos os distúrbios psicóticos”.

4.2 Tipos de atendimento e os cenários utilizados

Nos textos selecionados, os autores relataram diversos tipos de atendimentos, realizados em diferentes cenários.

Duarte (2013); Karlin (2014); Lima e Teixeira (2012); Madeira (2015); Sztajnberg e Cavalcanti (2010); Vilela, Silva e Oliveira (2010), apresentaram estudos de caso enfatizando atendimentos individuais das pessoas. Cabe ressaltar que nos estudos de Vilela, Silva e Oliveira (2010) foi realizado um acompanhamento terapêutico.

Costa e Faustino (2014) relatam através de um estudo de caso, um questionamento sobre o diagnóstico de psicose, mas mesmo assim, foi realizado o tratamento da pessoa priorizando um determinado comportamento e o manejo técnico.

Lima e Poli (2012) realizaram tratamento grupal e Miranda e Campos (2012) estudaram grupos focais conjuntamente com entrevistas individuais.

Além destes, diversos autores, em diferentes textos, também realçaram outras maneiras de discussões técnicas e teóricas.

Faria (2011) utilizou o caso de Dick, paciente atendido por Melanie Klein, enfatizando outro olhar de análise, pautado através de releitura teórica de Lacan.

Bocchi, Menendez e Oliveira (2011) mencionam os casos clássicos atendidos por Freud e o desenvolvimento da teoria freudiana para explicar o tratamento de pacientes psicóticos.

Já em Costa e Faustino (2014) a cena principal ressaltada para a discussão, ocorreu em um simpósio, onde é citado o caso de uma pessoa que faz uma pergunta em um seminário, após chegar atrasada, sem o conhecimento prévio da discussão. O autor, diante dessa cena desenvolveu o artigo comparando a atitude da pessoa em questão com um funcionamento psicótico.

Estes tipos de atendimentos foram realizados através da aplicação teórica e técnica da psicanálise em atendimentos em diferentes cenários. Alguns cenários relacionados às instituições voltadas para saúde mental, como CAPS, hospital psiquiátrico e ambulatório

¹³ KLEIN, M. Algumas conclusões teóricas sobre a vida do bebê. In: _____. **Os progressos na psicanálise**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1982. p. 217-255.

foram apontados por Duarte (2013); Karlin (2014); Lima e Poli (2012); Lima e Teixeira (2012); Madeira (2015); Miranda e Campos (2012). Sztajnberg e Cavalcanti (2010) e Vilela, Silva e Oliveira (2010) trouxeram experiências vivenciadas em consultórios, onde foram realizados tratamentos mais individualizados.

4.3 Desenvolvimento de manejos técnicos

De acordo com os resultados dos estudos referentes à teoria de Lacan foram utilizadas diversas maneiras de linguagem, como recurso técnico para o tratamento com pacientes psicóticos e, mais especificamente esquizofrênicos.

Madeira (2015) utilizou a escrita do paciente como recurso técnico para efetivar a vinculação com o terapeuta, que observou num primeiro momento, que o paciente não tinha delimitação de tempo. Após se efetivar o processo de transferência, observou-se um percurso histórico que auxiliou o paciente numa reorganização mental. Isto ocorreu através da escrita de relatos do paciente, em que explicitava a ordem em que as situações ocorriam e solicitava do terapeuta a assinatura, como aceite do acontecimento experienciado transferencialmente. Neste sentido, o terapeuta observou que através da denegação expressa através da escrita, a pessoa fez a entrada na lógica significante e conseguiu uma “rudimentar construção de si mesma” (MADEIRA, 2015, p. 252)

Duarte (2013) relatou que a paciente demonstrou uma impossibilidade de lidar simbolicamente com a falta, observando principalmente esta situação, no momento de separação com a terapeuta ao final da sessão. Relatou a falta, no sentido de o sujeito recusar o acesso ao seu mundo simbólico, de algo que vivenciou como a ameaça da castração.

Foi utilizado no manejo clínico um recurso concreto, um relógio, que favoreceu a conversa sobre o significado do tempo e a separação, obtendo assim, um efeito organizador do imaginário e a suspensão das crises. Faria (2011 apud DUARTE, 2013, p. 526)¹⁴ relata que uma das maiores contribuições de Lacan:

[...] à clínica das psicoses está na ênfase ao efeito organizador do imaginário nas psicoses. É um norte no tratamento psicanalítico das psicoses, na medida em que a cura implica estabilização produzida por essa ordenação imaginária do real.

¹⁴ FARIA, M. R. Imaginário, eu e psicose nos primeiros seminários de Lacan. **Estilos da Clínica**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 132-151, 2011.

Lima e Poli (2012) descreveram como recurso terapêutico, a utilização da música para que os pacientes contassem sua história e delimitassem assim, a relação com o Outro e com a função organizadora do tempo. A música funcionava como disparadora de histórias de vida, trazendo lembranças ou mesmo, a sensação em seu próprio corpo. Desta maneira, encontra-se aqui com o conceito de “alíngua” de Lacan e que Caldas (2007 apud LIMA; POLI, 2012 p. 381)¹⁵ cita:

Em termos de constituição do sujeito, alíngua, como traço significante, não deixa de ser aquilo que cai do Outro, mas não de um Outro que existe a priori organizado estruturalmente pela linguagem. Trata-se, aí, de um Outro caótico, portador de uma fala que vale pelas ressonâncias que provoca no corpo. O que Lacan chama alíngua são “os aluviões, os depósitos da chuva de significantes que chegam pela língua materna, os objetos de material fônico, plenos de malentendidos e criações singulares

Já Costa e Faustino (2014) referiram-se sobre o fenômeno da transmissão do pensamento da teoria dos discursos lacanianos. Citam que “há uma escravidão ao significante, que a linguagem nos parasita”, complementando ainda que “há um outro saber que não é significante, um saber originário do saber inconsciente. Um saber escrito, transmitido, mas que não pode ser apreendido. [...] espaço de um lapso que não produz sentido ou interpretação”. (MILER apud COSTA; FAUSTINO, 2014, p.366)¹⁶

Como aporte a clínica laciana, Lima e Teixeira (2012, p. 25) utilizaram como recurso técnico, a transferência entre paciente e analista, onde “o Outro encarnado pelo analista o mais próximo possível do registro simbólico, passa a ser um Outro tratado, retificado, passando a encarnar uma nova referência simbólica para o paciente”, assim o imaginário vai sendo delimitado, e o investimento libidinal é direcionado de uma forma que o sujeito vai se inserindo socialmente.

Vilela, Silva e Oliveira (2010) usaram a transferência de acordo com a teoria de Lacan, não ocorrendo uma relação intrusiva, a partir do silêncio em uma determinada situação, propiciando uma melhora do quadro, pois a paciente fez com que a produção do discurso fosse ocupada pelos significantes produzidos por ela própria.

Além dos casos clínicos, Faria (2011) trouxe uma releitura com aspectos teóricos de Lacan, do caso Dick, paciente de Melanie Klein, apontado como psicose na infância, apesar de ser descrito pela psiquiatria como autismo.

¹⁵ CALDAS, H. **Da voz à escrita**: clínica psicanalítica e literatura. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2007.

¹⁶ MILLER, J. A. (2006). O inconsciente real. **Opção laciana on line**, São Paulo, v. 3, n. 9, p. 1-12. Disponível em: <<http://www.opcaolaciana.com.br/antigos/n4/pdf/artigos/JAMIncons.pdf>> . Acesso em: 30 jan. 2017.

Nos atendimentos foi possível que Dick pudesse verbalizar uma palavra a partir das intervenções de Klein, e com a teoria do estágio do espelho de Lacan, observou-se o que está ou não incluído na relação narcísica e, assim, foi estabelecida a aproximação do imaginário e do real, ocorrendo a diferenciação:

Faz-se necessária uma ortopedia imaginária para organizar e dar contorno ao real, delimitando as bordas que separam o eu do não eu e, conseqüentemente, modificando a relação do sujeito com o mundo que o cerca (LACAN, 1985, apud FARIA, 2011, p. 137)¹⁷

Bocchi, Menendez e Oliveira (2011) abordaram o olhar de Freud sobre o tratamento com pacientes psicóticos, revelando o manejo clínico em etapas diferentes, conforme avançava na experiência com os pacientes psicóticos. Através de alguns casos atendidos por Freud, na primeira etapa priorizou o uso da transferência, mas de forma bastante flexível. Na segunda etapa, considerou que não era possível o tratamento com pacientes psicóticos, por não considerar possível estabelecer a transferência. Já na terceira etapa, Freud demonstrou maior interesse pela clínica com esses pacientes e apresentou um atendimento realizado durante cinco anos, onde afirmou ser possível o uso da transferência e que o paciente poderia ter alguns progressos. Na quarta etapa, houve uma proximidade entre o pensamento analítico e o delírio, estabelecendo “que todo delírio e toda alucinação possuem um *núcleo de verdade* que importa descobrir” (BOCCHI; MENENDEZ; OLIVEIRA, 2011, p. 246). Dessa forma abordaram diferentes momentos históricos da obra e da teoria de Freud, mostrando a persistência e as constantes inovações e descobertas no manejo clínico com pacientes psicóticos.

Nos estudos de Karlin (2014), a escuta psicanalítica foi o elemento fundamental no desenvolvimento do trabalho, mas relata que não foi possível utilizar o “método psicanalítico puro e simples”, sendo introduzidas algumas atividades de acordo com a relação entre paciente e analista. Durante o processo analítico, buscando facilitar o contato e, priorizando o momento e o silêncio do paciente, foi introduzindo alguns instrumentos como leitura de livros, jogos, brincadeiras lúdicas e pinturas à tinta feitas de forma livre. A escolha da profissional foi viver as experiências com o paciente em vez de interpretar, fazendo uma maternagem, criando um ambiente em que o paciente pudesse se sentir à vontade para se expressar, pois percebeu que havia pelo paciente, a sensação de falta de cuidado e de abandono emocional. A autora citou a necessidade de entender o silêncio como choro de um

¹⁷ LACAN, J. **Seminário 2: o eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985. (Trabalho publicado original em 1954-1955).

bebê, como uma mãe que distingue os diversos sons e entendendo quando o seu silêncio é muito angustiado, menos angustiado e quando o movimento do seu corpo confirma certa tranquilidade ou não.

Após ser percebido um progresso, observou-se também certa resistência do paciente em dar continuidade ao tratamento, podendo ser traduzida como “me sinto mais inteiro e quero parar, ou mesmo, me sinto mais inteiro, mas tenho medo de continuar” (KARLIN, 2014, p. 107)

Miranda e Campos (2012) citaram que os técnicos de referência de um CAPS, através de uma vinculação, exerceram um papel fundamental na vida dos pacientes, contribuindo na mediação de suas relações sociais, familiares e laborais. Os autores propuseram uma discussão sobre a construção de uma clínica pautada na “ética do cuidado”, que se sustenta na relação transferencial de confiança, marcada pelo olhar winnicottiano de “holding” e objetivando “a aproximação do sofrimento do sujeito, no que lhe foi faltante nos tempos da dependência absoluta, anterior à constituição das demandas libidinais, já que o outro ainda não estava constituído enquanto alteridade” (MIRANDA; CAMPOS, 2012, p. 527).

Dessa forma, Souza (2007 apud MIRANDA; CAMPOS, 2012, p.527)¹⁸ acrescentou que é necessário compreender as necessidades do sujeito, para que se consiga efetivar a “tarefa materna de *narrar* ao bebê a sua existência, para que ele se aproprie da mesma”.

Esse olhar winnicottiano foi proposto por Sztajnberg e Cavalcanti (2010) com relato de um caso clínico, sobre o processo de saída de uma paciente internada em uma enfermaria de crise para um Serviço Residencial Terapêutico (SRT). Transição com acompanhamento profissional, visando um projeto terapêutico. Porém a paciente sempre repetia que sentia falta da enfermaria e questionava sobre a possibilidade de voltar a morar no local. Diante do caso apresentado as autoras utilizaram a teoria do desenvolvimento emocional primitivo de Winnicott para explicar a identidade que a paciente teve com o hospital psiquiátrico.

¹⁸ SOUZA, O. Defesa e criatividade em Klein, Lacan e Winnicott. In: BEZERRA JUNIOR, B.; ORTEGA, F. (Org.). **Winnicott e seus interlocutores**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2007. p. 315-344.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com o desenvolvimento desse estudo, pode-se verificar uma maior predominância em textos lacanianos, sendo um aspecto relevante, ou seja, na atualidade se utiliza a teoria de Lacan como um referencial teórico do tratamento de pessoas com esquizofrenia. Outra abordagem, como a winnicottiana, apresentou aspectos importantes para o entendimento desses pacientes, porém em menor destaque.

Conforme os objetivos dessa pesquisa foram levantadas três categorias importantes: a) abordagens teóricas utilizadas; b) tipos de atendimentos e cenários utilizados e c) desenvolvimentos dos manejos técnicos.

Através da teoria de Lacan, observou-se que a linguagem é um recurso terapêutico para o desenvolvimento do tratamento, podendo ser expressa de forma de escrita, falada ou cantada, conforme citado por Duarte (2013); Faria (2011); Madeira (2015); Lima e Poli (2012); Vilela, Silva e Oliveira (2010). A teoria de Freud aparece preliminarmente nos textos que priorizam a teoria lacaniana, como referem Bocchi, Menendez e Oliveira (2011); Lima e Teixeira (2012). A abordagem Winnicottiana foi utilizada por Karlin (2014); Miranda e Campos (2012), além de Sztajnberg e Cavalcanti (2010), ressaltando a relevância do holding e da maternagem sobre os aspectos psicodinâmicos desses pacientes.

Os autores apresentaram casos realizados de forma individual e grupal, além do estudo de um caso que anteriormente fora atendido por Melanie Klein. Outro aspecto interessante foi a diversidade de cenários para o desenvolvimento dos trabalhos, se dando tanto em atendimentos individuais em consultórios, como em instituições voltadas para saúde mental.

Em relação ao manejo técnico no tratamento com pacientes psicóticos, a linguagem foi abordada de diferentes maneiras, auxiliando em uma simbolização e reorganização mental. Como recurso, Madeira (2015) utiliza a escrita do paciente, Lima e Poli (2012) utilizam a música e, Duarte (2013), o relógio foi o objeto concreto que possibilitou avanços no tratamento, por representar a condição de tempo e separação. Bocchi, Menendez e Oliveira (2011) revelam o olhar gradativo de Freud sobre o tratamento com pacientes psicóticos, que vai de uma descrença no tratamento destes pacientes até a possibilidade de tratamento e desenvolvimento.

Lima e Teixeira (2012) e Vilela, Silva e Oliveira (2010) utilizaram como manejo clínico, a transferência entre paciente e analista, tanto pautada nos conceitos da teoria freudiana como lacaniana.

Além desses aspectos, Karlin (2014) considerou fundamental os preceitos do referencial teórico winnicottiano, principalmente através da experiência de maternagem com o paciente. A relação transferencial de confiança, descrita tanto por Miranda e Campos (2012) entre técnico de referência e paciente, como por Sztajnberg e Cavalcanti (2010) na transição de uma paciente de uma enfermaria psiquiátrica para um Serviço Residencial Terapêutico, mostrou-se fundamental na mediação das relações sociais.

Através deste estudo, observou-se então, que a abordagem lacaniana é a mais utilizada para o tratamento de pessoas com esquizofrenia, e que novas experiências e estudos precisam ser publicados para que, através de seus resultados, se contribua com o tratamento de pacientes com esse diagnóstico.

Cabe ressaltar ainda, que durante o desenvolvimento dessa pesquisa, com a abordagem lacaniana como base aos tratamentos das psicoses, levou a percepção do pesquisador, sua limitação pessoal de conhecimento nesta área, mas também propiciou desejos e ampliações de aprofundamentos, através de novos estudos e pesquisas.

REFERÊNCIAS

- ANDERSON, R.; SEGAL, H. **Conferências clínicas sobre Klein e Bion**. Rio de Janeiro: Imago, 1994.
- ASSOCIATION AMERICAN PSYCHIATRIC. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5., 5. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2014.
- BOCCHI, J.; MENENDEZ, J. G.; OLIVEIRA, L. E. P. Freud e a transferência dos psicóticos. **Psicol. Clin.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 233-248, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pc/v23n2/15v23n2.pdf>>. Acesso em: 4 fev. 2017.
- COSTA, B. H. R.; FAUSTINO, D. D. Comunicação preliminar sobre o fenômeno da transmissão de pensamentos na psicose: o que um sr. delirante pode nos ensinar?. **Estilos Clin.**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 357-368, ago. 2014. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/estic/v19n2/a09v19n2.pdf>>. Acesso em: 30 jan. 2017.
- DUARTE, R. O. O caso da "pequena sereia": uma reflexão sobre diagnóstico diferencial e final de análise com crianças. **Estilos Clin.**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 518-531, dez. 2013. Disponível em <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/estic/v18n3/v18n3a6.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2016.
- EY, H.; BERNARD, P.; BRISSET, C. **Manual de psiquiatria**. 5. ed. Rio de Janeiro: Masson, 1981.
- FARIA, M. R. Imaginário, eu e psicose nos primeiros seminários de Lacan. **Estilos Clin.**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 132-151, jun. 2011. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/estic/v16n1/a08v16n1.pdf>>. Acesso em: 9 fev. 2017.
- KARLIN, M. I. F. Caso clínico: a esquizofrenia sob o olhar da psicanálise. **Estud. Picanal.**, Belo Horizonte, n. 41, p. 93-110, jul. 2014. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ep/n41/n41a10.pdf>>. Acesso em: 9 fev. 2017.
- LIMA, C. M.; POLI, M. C. Música e um pouco de silêncio: da voz ao sujeito. **Ágora (Rio J.)**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 371-387, dez. 2012. Número Especial. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/agora/v15nspe/a02v15nspe.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2016.
- LIMA, T. A. S.; TEIXEIRA, A. M. R. De um caso clínico à pesquisa: considerações sobre a transferência na clínica da paranoia. **Psicol. Rev. (Belo Horizonte)**, Belo Horizonte, v. 18, n. 1, p. 15-27, abr. 2012. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v18n1/v18n1a03.pdf>>. Acesso em: 2 fev 2017
- MADEIRA, M. Mundi-o: considerações sobre um caso de psicose. **Ágora (Rio J.)**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 241-256, dez. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/agora/v18n2/1516-1498-agora-18-02-00241.pdf>>. Acesso em: 9 fev. 2017
- MINAYO, M.C.S. (Org). Pesquisa social. Rio de Janeiro: vozes, 2001.

MIRANDA, L.; CAMPOS, R. O. Funções clínicas do trabalho de referência junto a pacientes psicóticos: uma leitura winicottiana. **Estud. Psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 29, n. 4, p. 519-529, dez. 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v29n4/v29n4a07.pdf> >. Acesso em: 15 dez. 2016

PÁDUA, E. M. M. de. Metodologia da pesquisa: abordagem teórico-prática. Campinas: Papyrus, 2008.

STERIAN, A. **Esquizofrenia**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

SZTAJNBERG, T. K.; CAVALCANTI, M. T. A arte de morar... na Lua: a construção de um novo espaço de morar frente à mudança do dispositivo asilar para o Serviço Residencial Terapêutico. **Rev. Latinoam. Psicopatol. Fundam.**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 457-468, Sept. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v13n3/a06v13n3.pdf>>. Acesso em: 4 fev. 2017

TURATO, E. R. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes, 2013.

VILELA, A. A. M.; SILVA, C. R.; OLIVEIRA, J. B. O AT como recurso clínico no tratamento da psicose. **CliniCAPS**, [S.L.], Vol 4, nº 10, 2010. Disponível em: < http://www.clinicaps.com.br/clinicaps_pdf/Rev_10/Revista%2010%20art2.pdf >. Acesso em: 17 fev. 2017

WINNICOTT, D. W. 1896-1971. **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

ZIMERMAN, D. E. **Fundamentos psicanalíticos: teoria, técnica e clínica: uma abordagem didática**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

ZIMERMAN, D. E. **Manual de técnica psicanalítica: uma revisão**. Porto Alegre: ArtMed, 2011.