

Esquizofrenia e a Clínica Psicanalítica contemporânea

Schizophrenia and the Contemporary Psychoanalytic Clinic

Maria da Graça Azenha Bautzer Santos^a, Liliana Cremaschi Leonardi^b

a: Graduanda do Curso de Psicologia do Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas- FMU, Brasil

b: Psicóloga, Docente do Curso de Psicologia do Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas- FMU, Brasil

RESUMO

A esquizofrenia é considerada a mais grave das doenças mentais, trazendo um impacto devastador sobre a vida dos sujeitos por ela afetados, por representar impedimento para um grau satisfatório de realizações pessoais e de autonomia. O objetivo deste trabalho é investigar os dados históricos desta afecção e as possibilidades contemporâneas da clínica psicanalítica para o tratamento da esquizofrenia, buscando responder à questão relativa às possibilidades da Psicanálise para a abordagem clínica destes pacientes. Para isso foi-se utilizada a metodologia da pesquisa bibliográfica narrativa. A discussão empreendida sobre os recursos teóricos-clínicos hoje disponíveis, demonstrou ser possível abordar o tratamento dos sujeitos com diagnóstico de esquizofrenia na clínica psicanalítica, ampliando suas possibilidades pela redução dos danos, a partir de uma escuta qualificada e do desejo do analista.

Descritores: esquizofrenia, psicanálise, psiquiatria

ABSTRACT

Schizophrenia is considered the most serious of all mental illnesses, having a devastating impact on the lives of individuals affected by it, as it represents an impediment to a satisfactory degree of personal achievement and autonomy. The objective of this work is to investigate the historical data of this condition and the contemporary possibilities of the psychoanalytic clinic for the treatment of schizophrenia, seeking to answer the question regarding the possibilities of Psychoanalysis for the clinical approach of these patients. For this, it was used the methodology of narrative bibliographical research. The discussion carried out on the theoretical-clinical resources available today, demonstrated that it is possible to approach the treatment of subjects diagnosed with schizophrenia in the psychoanalytic clinic, expanding its possibilities by reducing harm, based on qualified listening and the analyst's desire.

Descriptors: schizophrenia, psychoanalysis, psychiatry

INTRODUÇÃO

A esquizofrenia constitui a principal forma de psicose e permanece até hoje como um grande desafio clínico e científico. Segundo Valença AV, Nardi AE¹(2015), não existe sintoma patognomônico ou um curso regular para todos os pacientes, com diferentes fatores etiológicos, bioquímicos e psicossociais, o que conduz a respostas muito diferentes ao tratamento.

O interesse do trabalho em curso, foi suscitado pela restrição de Freud quanto ao alcance da clínica psicanalítica em relação aos pacientes psicóticos. Considerando a potência da Teoria

Psicanálítica em sua dimensão investigativa, em seu caráter hermenêutico e em sua vertente terapêutica, quais as razões pelas quais Freud anuncia a impossibilidade de agir terapêuticamente sobre psicóticos, particularmente os que hoje são classificados como esquizofrênicos?

MÉTODO

O estudo utilizou a pesquisa que pode ser caracterizada como qualitativa, segundo Turato ER² (2005). Utilizou-se a pesquisa narrativa da literatura, foi feita a discussão de trabalhos sobre o tema, com o propósito de sintetizar conclusões a partir da seleção de pesquisas publicadas em bancos eletrônicos, artigos de revistas especializadas e livros publicados sobre o tema.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

Um esboço da pré-história do conceito

Falar do conceito de esquizofrenia é falar da história da Psiquiatria e da Psicanálise. Conhecida desde a antiguidade, as primeiras referências a esta grave perturbação mental já se encontram em Hipócrates(460-370AC). A literatura descreveu quadros como os murmúrios de Tom, no Rei Lear, de William Shakespeare (1564-1616) e textos mais antigos, como do grego Ésquilo (525 a.C. -456 a.C.), que descreve a loucura de Oreste, demonstrando o conhecimento leigo desta afecção há muitos séculos³.

Manifestando-se em idades precoces, final da adolescência/início da vida adulta, são importantes as alterações que a doença produz no pensamento, vontade e afeto, conseqüentemente no comportamento, com retração social e alteração das relações com o mundo externo.

Um perfil histórico do conceito foi construído por Ana Sofia R S F de Oliveira, em tese de mestrado na Universidade do Porto, em 2010, reconstruindo sua pré-história a partir do século XVIII. Oliveira AS⁴ (2010), menciona PhilippePinel (1754-1826), como o autor que caracterizou o quadro da esquizofrenia como “perda da mente”, onde degeneração mental aparece como o traço principal.

Bénédict-Auguste Morel (1809-1873) iniciou o estudo com pacientes jovens que acabavam sempre na condição de demência, vinculada aos danos decorrentes de intoxicação ou outras

disfunções metabólicas. Essa degeneração era transmitida à geração seguinte, na primeira teoria hereditária anterior à herança da genética mendeliana.

Karl Ludwing Kahlbaum, em 1874, descreveu um agrupamento de sintomas para a doença, o primeiro psiquiatra a usar esse procedimento. Foi o nascimento da entidade nosológica, com a conexão entre a sintomatologia, o curso, a etiologia e a patologia cerebral para definir as diferentes patologias psiquiátricas. Foi também responsável pela criação dos conceitos de catatonia, parafrenia, distímia e ciclotímia, o que o fez o criador da psicopatologia descritiva.

Mas foi Kraepelin, com experiência hospitalar, que pioneiramente deu ênfase ao percurso longitudinal da doença, criando um sistema de fichas para o acompanhamento dos pacientes, com a pretensão de trabalhar a prevenção, terapêutica e prognóstico da doença mental. Em seu pensamento, predominava a interpretação do quadro da doença mental num conjunto de fatores biológicos, minimizando as dimensões social, cultural e psicológica. Nas classificações que propôs sucessivamente, interpretava a esquizofrenia como distúrbio endócrino e depois, como autointoxicação com perdas neuronais.

Considerava os processos degenerativos como uma categoria distinta, onde se definiam três síndromes: A **dementia paranoides**, uma forma degenerativa da paranoia identificada por Kahlbaum, a **catatonia**, e um novo conceito, a “**Dementia Praecox**”. Esse novo conceito consistia na fusão de todos os chamados processos degenerativos em uma só categoria, com grande variedade de manifestações clínicas, como fraqueza mental e destruição de conexões internas da personalidade e conseqüente perda da unidade psíquica. Este conceito foi publicado na sexta edição de um tratado escrito por ele, *Ein Lehrbuch dementia praecoxm fur Studierende umd Artze (1896)*. Nesta edição o conceito ganha autonomia para se contrapor à loucura maníaco-depressiva, ficando estabelecida uma divisão entre os principais quadros psiquiátricos: a esquizofrenia e os transtornos de humor que permanece até hoje, sendo chamada de “dicotomia de Kraepelin”.

A entrada em cena de Bleuler (1857-1939), psiquiatra suíço, introduz mudança radical no estado d'arte, porque sua visão da doença partia de uma teoria do aparato psíquico. Influenciado por Jung e Freud, observou que a primeira constatação a se fazer nos pacientes não é a demência, mas a cisão entre as diferentes funções psíquicas entre si, com a perda da unidade psicológica, dissociação entre pensamento, afetos e expressão motora. Propõe outro nome para a afecção, o neologismo esquizofrenia, originado do verbo grego *schizo* (separar, clivar) e do substantivo grego *phéren*, espírito, inteligência. Abrindo caminho para a compreensão da psicanálise, observou que os pacientes podem ter importante remissão dos sintomas, sem, no entanto, regressar ao funcionamento normal anterior à doença.

Descreve ainda outros distúrbios fundamentais na associação dos afetos e pensamentos, autismo e ambivalência, além dos distúrbios de volição e atenção, que foram denominados os quatro “As de Bleuler”: associação de ideias prejudicada, afeto embotado, ambivalência e autismo. Alucinações e delírios, que em Kraepelin eram considerados os principais sintomas, para Bleuler eram apenas consequências das quatro dissociações.

Outro psiquiatra alemão, Kurt Scheneider (1887-1967), tornou mais rigorosa a avaliação individual, definindo o que foi chamado de sintomas de primeira ordem (SPO). Atualmente são conhecidos como sintomas positivos: sonorização, difusão, inserção e roubo do pensamento; alucinações auditivas de vozes dialogadas, que podem comentar as ações do próprio paciente em terceira pessoa; experiências somáticas passivas; percepção delirante, entendida como consequência da perda de limites do eu ou de sua fragmentação.

Apesar desta história dilatada, não há ainda hoje, concordância nos critérios diagnósticos, permanecendo abertos os limites científicos e clínicos do conceito de esquizofrenia. Veremos agora, como este transtorno é considerado pelos critérios científicos contemporâneos.

As transformações contemporâneas do conceito

Em artigo na Revista Brasileira de Psiquiatria, “A evolução do conceito de esquizofrenia neste século”, Helio Elkis⁵, psiquiatra do Projeto de Esquizofrenia do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, analisa a alternância entre ampliação e restrição que o conceito de esquizofrenia sofreu no presente século.

O *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, produzido pela Associação Americana de Psiquiatria em 1952, primeira versão, e 1968, em sua segunda versão, apresenta um conceito muito amplo de esquizofrenia, sendo considerado psicótico todo paciente incapaz de atender às demandas da vida diária, ao contrário do que acontecia com este mesmo diagnóstico na Europa. Particularmente no Reino Unido o conceito permaneceu mais restrito, ainda pela influência dos critérios de Schneider e Kraepelin, enquanto nos Estados Unidos se diagnosticava muito mais a esquizofrenia, incluindo os transtornos de personalidade e de humor.

O DSM teve ainda várias versões com contínuas alterações na caracterização da esquizofrenia e nos critérios diagnósticos, permanecendo em todas as versões uma lista de sintomas a serem identificados dentro de um quadro variável de tempo, segundo as diferentes versões. O início do emprego de fármacos, em 1987, exigiu um refinamento dos critérios diagnósticos para a definição da medicação.

A última versão do DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), de 2013, fez alterações importantes no diagnóstico e abordagem da esquizofrenia, quando foi proposta uma escala de gravidade da doença como classificação dos sintomas em oito dimensões, ao invés de subtipos da patologia.

O que salta aos olhos é que não existe um conceito único de esquizofrenia, com diferentes conceitos desta doença mental e conseqüentes diferenças nos critérios diagnósticos. Por ter uma causa desconhecida, ainda que se identifiquem diferentes fatores etiológicos relacionados ao transtorno, sejam eles genéticos, bioquímicos ou psicossociais, não há marcadores a serem detectados em exames laboratoriais. O diagnóstico é estritamente clínico e sintomas como delírios e alucinações podem estar presentes em diferentes quadros.

Desta forma, estamos distantes de um conceito homogêneo semelhante ao de outros distúrbios tais como a depressão, de forma que a investigação quanto ao diagnóstico e abordagem clínicos ainda estão em aberto.

Considerações sobre a metapsicologia freudiana e a construção das bases para a clínica psicanalítica das psicoses

Alguns dos textos mais importantes de Freud para resenhar seu pensamento sobre a psicose, estão em três trabalhos, “As psiconeuroses de defesa”, de 1894 e “Observações adicionais sobre a neurose de defesa”, publicado dois anos depois; “Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia (*Dementia Paranoide*), de 1911 e “Sobre o narcisismo, uma introdução”, de 1914. Nestes trabalhos, Freud teoriza sobre os sintomas psiconeuróticos presentes na histeria, na obsessão e a conexão entre essas duas doenças mentais e as psicoses.

Nos três casos, Freud tem a convicção de que os sintomas exibidos têm um caráter *defensivo inconsciente* contra uma representação psíquica que é incompatível com o eu, pelo seu caráter traumático e sexual. O recalçamento destas representações é necessário pelo seu caráter aflitivo e a impossibilidade de conciliação entre seu conteúdo, sempre de caráter sexual, e a sua solução no plano do pensamento. A histeria fornece o modelo que esclarece os sintomas também presentes nos quadros obsessivos e na psicose paranoica.

Uma defesa muito mais poderosa, e bem-sucedida no rechaço das representações incompatíveis, é a psicose. O eu rompe com a representação que é incompatível, mas esta está ligada a uma porção da realidade. Desta forma, ao rechaçar a representação, parte da realidade é também afastada, deixando o paciente parcialmente desligado da realidade.

A publicação posterior de “Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa”, em 1896, traz a avaliação de Freud de que as afecções anteriores têm em comum o fato de que seus sintomas emergem por mecanismo de defesa inconsciente, no esforço de *recalcar* uma representação incompatível que gerava conflito para o ego do paciente. Freud S (1996)⁶. Enquanto na histeria o mecanismo de recalque é a *conversão* e na obsessão a substituição, no caso da paranoia, há um mecanismo especial de recalçamento.

Estudando dois casos que são expostos por Freud neste texto, a sua interpretação demonstrou que, também na paranoia, a origem dos sintomas deve-se à presença de representações inconscientes recalçadas, mas com uma peculiaridade: “os pensamentos que emergiam do inconsciente eram, em sua maior parte, ouvidos interiormente pela paciente ou alucinados por ela, do mesmo modo que suas vozes”.^{7:79} Freud S (1996)

No trabalho “Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia”^{8:21-87}, mais conhecido como o caso Schreber, de 1911, Freud inicia o texto afirmando ser a investigação psicanalítica da paranoia uma dificuldade para os médicos que, como ele, não trabalhavam em instituições públicas. Em consultórios particulares não era possível aceitar tais pacientes, pois o tratamento exigia tempo longo e o sucesso terapêutico não pode ser garantido. Acrescenta ainda que os poucos casos que atendeu com esta enfermidade, o fez, pelos insistentes pedidos de parentes ou amigos.

Neste caso, Freud faz a interpretação e o estudo do caso, indiretamente, pela história clínica escrita pelo próprio paciente em uma autobiografia. Trata-se de um doutor em direito penal, Daniel Paul Schreber, que fora “*Senatspräsident*” em Dresden, um juiz que preside o tribunal de apelação. A publicação da autobiografia ocorrera em 1903 e Freud publica sua análise em 1911.

A história clínica produzida pelo paciente é bastante detalhada e rica, iniciada pelas confidências dos distúrbios nervosos do autor quando de sua indicação para cargos de grande responsabilidade e volumoso trabalho, em duas ocasiões diferentes, quando passou por hospitalizações.

Aos poucos seus delírios ocuparam toda sua vida mental, sendo fixos e inacessíveis à influência de fatores externos. Em seu delírio, ele pensa ter uma missão, a de restituir à humanidade seu estado inicial de beatitude. Foi convocado por Deus, como os profetas, e a sua forma de comunicação direta com Deus se dava através dos nervos, que recebiam continuamente raios divinos. Quando informado de sua indicação para “*Senatspräsident*”, teve alguns sonhos com seus distúrbios nervosos anteriores, e, em certa ocasião, nas

primeiras horas da manhã, entre o sonho e a vigília, “ocorreu-lhe a ideia de que afinal de contas, deve ser muito bom ser mulher e submeter-se a uma cópula”.^{9:25}

Além do exame do papel das fantasias homossexuais na paranoia, Freud vai analisar dois outros pontos que considera importantes: o mecanismo pelo qual os sintomas são formados e o mecanismo pelo qual se dá a repressão. A característica mais forte desta formação de sintomas é o mecanismo da projeção, através do qual uma percepção interna é suprimida, e seu conteúdo, após sofrer uma deformação, reingressa na consciência como uma percepção externa. Nos delírios de perseguição, o afeto é transformado: o que deveria ser percebido como amor é percebido como ódio. Mas se a projeção é importante na paranoia, ela aparece também em outros quadros de adoecimento, assim como em nossas relações.

No entanto, só o desligamento da libido na paranoia não pode ser a razão do adoecimento, pois este processo ocorre em outras ocasiões sem que resulte patológico. O que ocorre na paranoia é que a libido liberada se vincula ao ego e é utilizada para o seu engrandecimento, resultando em megalomania. É, desta forma, um retorno ao estágio do narcisismo.

Este é um ponto central para a discussão da esquizofrenia no universo da teoria psicanalítica: a relação entre narcisismo e paranoia, ou narcisismo e esquizofrenia. Muitos dos casos clínicos estudados por Freud, ilustram a presença do narcisismo como fixação em estágios primitivos do desenvolvimento sexual, existentes no âmago dos quadros paranoicos. As ideias que serão expostas no estudo “Introdução ao Narcisismo”, de 1914, transformaram e ampliaram as ideias da Psicanálise sobre o eu, tendo sido fundamental para a compreensão psicanalítica destas patologias.

A construção deste conceito na obra freudiana foi paulatina, tendo vindo a público em suas primeiras formulações, a partir dos “Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade” (1905), seguido de “Leonardo da Vinci e uma lembrança de sua infância” (1910) e “Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia _*Dementia Paranoides*” (1911), além de outras menções ao tema, esparsos em diversos textos da obra de Freud. Para este trabalho, nos deteremos apenas em “Sobre o narcisismo, uma introdução” (1914) e no caso Schreber, sem antes deixar de mencionar que a investigação detalhada da emergência e evolução do conceito de narcisismo em Freud poderia ser objeto de outro trabalho.

O termo narcisismo, como nos informa Freud no início do texto, foi pela primeira vez empregado por Paul Nacke em 1899. Ajusta-se para classificar a atitude de uma pessoa que trata seu próprio corpo da forma como faria com o corpo de um objeto sexual, ou seja, contempla, afaga e acaricia. Neste ponto o narcisismo capturou toda a vida sexual do sujeito,

com as características de uma perversão. Mas os psicanalistas observaram que essa atitude narcisista está presente em outras perturbações, como no homossexualismo, por exemplo, e pela sua extensão, poderia ser reivindicado um lugar para o narcisismo no desenvolvimento sexual.

Glen O. Gabbard, no livro *Psiquiatria Psicodinâmica na prática clínica*, revisando a teoria freudiana sobre a psicose, nos diz que, muito da conceituação de Freud se desenvolveu a partir de sua noção de catexia. Para ele, a esquizofrenia caracterizava-se por uma descatexia de objetos. Esse emprego do termo variava entre “o distanciamento do investimento emocional ou libidinal nas representações intrapsíquicas; em outros momentos, ele utilizava estes termos para descrever o retraimento social em relação às pessoas reais do ambiente.”

10:190

Freud definiu a esquizofrenia como uma regressão reativa a uma intensa frustração e conflito com o outro. Regressão que retornava ao estágio autoerótico, acompanhado por um retraimento autista. Apesar de sucessivas revisões sobre o conceito, permanece na teoria de Freud, a visão da psicose como conflito entre o ego e o meio externo, diferentemente da neurose, onde o conflito instalado é entre id e ego. Conseqüentemente, há na psicose uma rejeição à realidade e um remodelamento desta. Permanecendo com o conceito de descatexia dos objetos, a consequência é a incapacidade de elaborar transferências.

Mas, segundo Gabbard, há outra razão de caráter factual: a noção de que pacientes esquizofrênicos não elaboram transferências, decorreu sobretudo do fato de que não foram feitos esforços terapêuticos intensos com esses indivíduos, ao contrário do que aconteceu no caso das neuroses. As conclusões podem ser diferentes quando isso ocorre na abordagem da esquizofrenia na clínica psicanalítica, como podemos analisar nos desenvolvimentos posteriores da teoria e da clínica, pois ainda que a metapsicologia freudiana tenha historicamente feito poucos avanços neste tema, os desdobramentos posteriores da Psicanálise reescrevem essa possibilidade. É o que passaremos a analisar na sequência.

A ampliação da metapsicologia das psicoses nos estudiosos pós-freudiano

Em um texto para a revista *ALTER* de estudos psicanalíticos, Walter Trinca, “Notas sobre a esquizofrenia no contexto da psicanálise”^{11:89} reúne os avanços teóricos empreendidos por Bion, Melanie Klein e a sua própria, com o conceito de ser interior.

O conceito de ser interior corresponderia a um núcleo básico, uma realidade primária, de natureza não sensorial, matriz fundamental da existência, responsável por aquilo que a pessoa é. Importante dizer que o ser interior influencia o self, mas não se confunde com ele.

Na esquizofrenia, o ser interior afasta-se do self, que entra em colapso pela forte carga de destrutividade. Este afastamento entre ser interior e self, deixa este último altamente saturado de sensorialidade que tende ao inanimado, com elementos plenos de concretude, marcados por corte e exclusão. Esta é uma forma de eliminação da angústia que acompanha o processo de dissipação do self em direção ao buraco negro, que ameaça sugar a vida psíquica. Caberia à mãe, segundo Bion, “metabolizar” os elementos sensoriais do mundo da criança, tornando esses dados assimiláveis psiquicamente pela criança, dando forma e consistência ao caótico mundo inicial do bebê.

Se a mãe não for o continente adequado, ficarão diminuídas as oportunidades de transformação das impressões sensoriais num nível simbólico, o que acabará por diminuir os recursos subjetivos para lidar com a pulsão de morte neste início do desenvolvimento emocional. Se a atitude da mãe não for adequada, serão diminuídas as possibilidades das transformações sensoriais no plano simbólico, permanecendo o bebê na equação simbólica, numa situação em que está afastado de si mesmo. Facilmente é possível instalar-se uma identificação onde predomine o ódio, a rejeição e a destrutividade que espelham a pulsão de morte ameaçando a sobrevivência psíquica

O sujeito busca se anestesiá-lo, se proteger da angústia, e neste processo de eliminação, o próprio ser interior, afastado, é identificado como objeto a ser destruído, pois o seu foco da vida interior está recoberto por camadas de invalidações.

Bion descreveu esta situação como a do pensamento sem pensador, pois não há possibilidade de reconhecimento de um sujeito que se apagou.

O corte e exclusão é o que resta do processo de eliminação do sofrimento e da prisão do ódio em suas diferentes dimensões. Passando um rolo compressor sobre a vida mental, o sofrimento não será sentido igual, afastando-se o sujeito de qualquer tipo de vínculo, restando somente elementos antevistos no seu interior.

Desta forma, a esquizofrenia é uma alternativa ao esvaziamento psíquico, que implanta uma sensorialidade própria, como reação e defesa a ter a vida sugada pelo buraco negro, da fuga do terror de passagem à inexistência, assistido pelo próprio sujeito desvalido de defesa contra esta tragédia. A alternativa eliminatória do corte e exclusão responde ao pânico da dissolução, com ansiedade e pânico indescritíveis. A extinção do sujeito elimina esse terror, pois se há solipsismo de um sujeito, já que a consciência eliminada, há também a eliminação da possibilidade de um sujeito que assiste à sua própria dissolução.

Outra característica da esquizofrenia é a perda da equação simbólica, pois seu interior acha-se repleto de objetos concretos e ameaçadores, em que o sujeito não exerce sua autonomia

existencial, e, mergulhado nesta ambientação, representa-se como um objeto entre outros, numa condição não humana. Daí resulta uma linguagem privativa, pois a simbolização está prejudicada, já que, para simbolizar é necessário a existência de um sujeito que faça a substituição dos objetos pelos seus equivalentes simbólicos.

Por outro lado, os delírios e alucinações dão forma aos resíduos do corte e eliminação, semelhantes aos efeitos dos sonhos psicóticos, que ajudam a dar movimento ao plano do *self*. A criação dos delírios e alucinações coloca o ódio contra si próprio num mundo à parte, independente do real.

A sensorialidade extremada é também capaz de produzir objetos bizarros e delírios de grandeza, com fragmentos sensoriais investidos de grande poder a serviço da reinvenção de si e da realidade, já que os fundamentos da realidade não servem e foram eliminados.

Também processos simbióticos podem estar presentes na esquizofrenia, onde o sujeito acha-se fusionado com pessoas próximas, com casos gritantes de *folie à deux*, com a busca do ser de outra pessoa pela falta da noção de si. Quando há uma certa discriminação, a outra pessoa é alucinada como portadora de um grande bem ou de grande amor pelo paciente, mas na maioria das vezes há indistinção entre o dentro e o fora (psíquico).

Com o foco interno inoperante, faltam parâmetros para diferenciar dentro e fora e a sensorialidade conduz as atividades mentais. Como esta está repleta dos produtos do corte e exclusão, o paciente se aloja nas partículas do mundo externo coisificado, que se tornam parte do seu *self*. Os impulsos próprios deixam de ser reconhecidos como seus e identificados como parte do mundo externo. O próprio corpo confunde-se e se mistura neste processo de indistinção, com a colocação do centro de gravidade para outras esferas interiores ou para o mundo externo. Se o centro está em qualquer parte, ou se muda de lugar, difícil estabelecer uma organização do corpo, da mente ou do mundo. Vem daí o estado confusional do paciente esquizofrênico.

A chamada esquizofrenia paranoide é plena de alucinações e delírios de perseguição, pois os maus objetos expelidos para o mundo externo, o tornam ameaçador e estranho, voltando-se contra o sujeito. O *self* é tomado por esses objetos e a vida do sujeito fica cheia de ameaças. Outra consequência dramática deste quadro é que, como o paciente não tem clara noção de quem é, pode achar que está em toda parte, sendo a causa de tudo que acontece.

Os distúrbios de pensamento, percepção, memória e emoções em geral fazem parte de uma fragmentação e desconexão do estado geral do sujeito. As partículas sensoriais que não têm um centro organizador e que gravitam aleatoriamente no *self*, distante do *ser interior*, fazem com que pensamento, percepção, memória e emoções passem a ser coisas estranhas por

estarem desvinculadas do ser profundo. Esse distanciamento conduz à uma ação eliminatória que se concretiza pela dissociação, identificação projetiva, forclusão e fragmentação.

A produção teórica e clínica de Wilfred Ruprecht Bion tem sido bastante fértil para a compreensão das formas de sofrimento encontradas na psicose e em outras afecções psíquicas. Um *self* repleto de partículas e fragmentos dissociados é levado em conta pelo psicanalista que analisa um paciente, mas existem outras partes da mente, relativamente preservadas. Esta diferenciação é feita por Bion entre partes psicótica e não psicótica da personalidade. Apesar do deslocamento de *self-ser interior*, é sempre possível encontrar áreas onde o contato pode ser retomado.

É o ser interior, o responsável pelas funções de sonhar, brincar, criar, todas, expressões da mobilidade psíquica. Os sonhos, mesmo os psicóticos, são indício da mobilidade psíquica alimentada pelo ser interior e, fazem a elaboração inconsciente, numa luta contra a rigidez e a morte do mundo mental. São não apenas uma via de expressão do inconsciente, mas, também, um modo de transformação dos seus conteúdos e da sua dinâmica. Walter Trinca afirma a título de conclusão, acreditar que o modelo bioniano é o que melhor se presta a uma aproximação psicanalítica da esquizofrenia. A concepção de Bion sobre a mente, em sua multidimensionalidade, coloca em cena o interjogo entre estados neuróticos e psicóticos, entre aspectos adultos e infantil e entre elementos sadios e patológicos. Uma parte não psicótica da personalidade coexiste em justaposição, obscurecida, mas presente.

A clínica psicanalítica das psicoses

Na Conferência XXVII, de 1915/1916 (FREUD, 1996), Freud aponta a razão do impedimento da psicanálise diante da psicose: os pacientes transferem para o médico, intensos sentimentos de afeição que não estão vinculados à situação terapêutica. Essa^{13:190}, vinculação amorosa do paciente em relação ao seu médico repete-se regularmente, não representando uma relação casual, mas constituindo um fenômeno intimamente ligado natureza da própria doença. Constitui-se na transferência, processo para o qual o paciente psicótico está limitado.

Como nos diz de forma feliz Juan David Nasio^{12:85} em O prazer de ler Freud, a transferência não é uma simples reprodução no presente de laços afetivos do passado, mas uma atualização de fantasias que alimentaram os primeiros laços afetivos. É essa transferência, em que o paciente atualiza experiências vividas anteriormente, que fica prejudicada em razão das características estruturais do psiquismo na psicose. A transferência emperra porque o sujeito está mergulhado em seu narcisismo, não podendo então realizá-la.

Mas, segundo Gabbard há outra razão do não desenvolvimento da clínica de psicose em Freud, que é de caráter factual: a noção de que pacientes esquizofrênicos não elaboram transferências, decorreu sobretudo do fato de que não foram feitos esforços terapêuticos intensos com esses indivíduos, ao contrário do que aconteceu no caso das neuroses. O próprio Freud comenta o pequeno número de seus estudos da paranoia, pelo fato de que não trabalhara em instituições públicas. No consultório, o atendimento destes pacientes seria longo demais, além de não ter recursos para o suporte do paciente. As conclusões podem ser diferentes quando isso ocorre na abordagem da esquizofrenia na clínica psicanalítica, como podemos analisar nos desenvolvimentos posteriores da teoria e da clínica, pois ainda que a metapsicologia freudiana tenha historicamente feito poucos avanços neste tema, os desdobramentos posteriores da Psicanálise reescrevem essa possibilidade.

Os avanços do paciente esquizofrênico acompanhado por 4 anos

Finalizando o texto, exibiremos o trabalho de Maria Izabel Fernandes Karlin, na escrita do caso clínico *A esquizofrenia sob o olhar da psicanálise*^{14:93}, nos relata o caso clínico de um jovem diagnosticado com esquizofrenia, encaminhado ao CAPS, que foi acompanhado pela autora durante quatro anos.

Este relato de caso tem um interesse particular para este estudo porque ele se relaciona com a questão que sustenta nossa investigação, buscando saber, o quanto a técnica psicanalítica pode ser ajustada ao paciente mais regredido, sem ferir os seus pressupostos básicos.

Durante a escrita do caso clínico, a autora explicita suas próprias dúvidas e até sua própria capacidade de trabalhar com este tipo de paciente, que muitas vezes não consegue mesmo expressar sua demanda. Isso coloca o analista diante de suas próprias fragmentações diante de um paciente que não deseja o analista e que faz sempre presente o questionamento: “O que você deseja de mim?”

O paciente chegou ao CAPS do Rio de Janeiro, não por vontade própria, com 22 anos de idade, cursando o segundo ano do ensino médio. Pai porteiro de prédio e mãe empregada doméstica, família com dois filhos, sendo o paciente, três anos mais novo que a irmã. Chegou trazido pelo pai e na primeira triagem só emitia alguns sons, não fornecendo nenhuma informação por não conseguir falar.

Segundo a informação do pai, o filho teve uma crise na escola, onde começou um discurso desconexo, falando coisas estranhas que ele não soube reproduzir, dando a entender que o filho usara a palavra diabo. Recorreu à ajuda dos bombeiros que levaram o paciente para um hospital, onde ficou alguns dias internado. Muito ansioso, o pai reclama do hospital alegando

que é lugar de drogado. Recorreu ao CAPs (Centro de Atenção Psicossocial), porque sendo porteiro de um prédio, tem receio de perder o emprego caso o comportamento do filho seja notado pelos moradores. A mãe não se envolveu, segundo o pai, por estar enfraquecida com uma cirurgia pela qual passou.

O pai também evidenciou o desejo de que seu filho fosse homem e se interessasse por mulheres, relatando que jogava bola com o filho desde pequeno e apenas após a crise isso deixou de acontecer.

A terapeuta garantiu a presença do paciente durante a conversa, já que se falava sobre ele, que durante todo o tempo permaneceu com o olhar vago, dirigido para a porta. Segundo o relato, não fora medicado e a família tinha tentado seu tratamento na Igreja Universal, por vontade da esposa. Ao final da entrevista ficou acordado que o paciente teria duas sessões por semana, seria acompanhado por um psiquiatra e o pai comprometeu-se a ajudar o filho a tomar a medicação de acordo com a prescrição médica. Foi ainda solicitada a presença da mãe na próxima consulta.

A mãe compareceu na segunda entrevista e não parecia ter estado mal de saúde como relatara o marido, apresentando-se muito bem-vestida, com aparência jovem apesar dos 50 anos. Esfregava as mãos da mesma forma que o filho, apresentando também o mesmo olhar vago. Fugiu da tentativa de cumprimento com as mãos, evitando o contato, passando também a impressão de falta de vida e indiferença. A doença da mãe havia sido a retirada do útero, sem, no entanto, câncer, o que mostrou que o relato do pai era derivado de um núcleo histórico. Na reunião a três, o paciente calado com o olhar vago, o pai agitado e interrompendo sempre a conversa, e a mãe, calada.

Quando falou, forneceu muito mais detalhes sobre o filho, mas não demonstrou sinal de sofrimento ao falar dele. Ela achava que o filho fora sempre assim, meio preguiçoso, e antes do episódio da escola percebeu que ele não estava bem, mas sempre achou que ele não era normal. Suas observações sobre o filho foram bem diferentes das feitas pelo pai, o retratando como uma criança diferente, com dificuldades na escola, sendo surpreendente ter chegado ao segundo ano do ensino médio; nunca teve amigos, e em torno dos 14 anos usava só roupas pretas e óculos escuros, ficando muito tempo isolado, trancado no quarto. Manifestou ter vergonha do comportamento do filho e relatou que ele tomava vários banhos durante a noite e se olhava bastante no espelho. Não suportava TV e rádio ligado em casa e começou a repetir o final das palavras ouvidas, principalmente SOS, que, segundo a mãe, era o nome do curso de computação que ele fazia.

Reportou ter tido uma gravidez normal, mas o filho chorava muito, informação que repetiu várias vezes, e que antes da crise, a preocupava o tempo em que o paciente ficava andando de bicicleta. Segundo ela, o filho piorou depois do casamento da irmã, tentando também culpar o pai pela situação do filho, evidenciando-se conflitos do casal, ainda que houvesse esforço para mostrar que tudo estava bem. Durante todo o período de acompanhamento do paciente, compareceu apenas mais duas vezes por insistência da terapeuta, usando sempre o pretexto de que tinha muito trabalho.

O paciente foi diagnosticado pelo psiquiatra como sendo portador de esquizofrenia, e foi medicado. O pai era o acompanhante tanto ao médico como às consultas semanais, providenciando também a medicação necessária. A mãe não se ocupava de nada que se relacionasse ao filho e foi ficando claro que ela desistira dele. Quanto ao pai, mesmo agitado e nervoso, tentava fazer alguma coisa para reverter o quadro do filho.

Quanto ao trabalho no set analítico, o paciente não usava o divã por ser contraindicado, tendo tido a liberdade de escolher onde se sentar durante a sessão de 20 minutos. Não havia muita comunicação, o que deixava ambos angustiados e, apesar de ter a opção de ir embora se desejasse, o paciente permanecia os 20 minutos, olhando para o relógio e para a porta, fazendo movimentos com o rosto e com a boca.

Apesar disso, o desejo da analista de fazer contato com o paciente a levou a usar diferentes recursos, como lápis, papel, códigos de gestos para indicar sim e não, e mesmo sem uma demanda explícita não tinha dúvida quanto à sua capacidade de sustentar a ausência do desejo do paciente, sustentando-se no seu próprio desejo.

Levada pela própria intuição, passou a levar livros com personagens com o mesmo nome do paciente, a partir do qual fazia leitura de pequenos trechos, livros com fotos de lugares e paisagens distantes, e, como o paciente levava sua mochila da escola, examinava com ele seus cadernos. Dividia a sessão em duas partes, com a primeira parte onde os cadernos eram examinados, e a segunda, com algum jogo ou atividade que despertasse a atenção do paciente. Trabalhavam sentados no chão, para que o paciente ficasse mais relaxado.

Os progressos começaram a aparecer aos poucos: o paciente passou a olhar para a analista, começou a responder com a voz embargada, e após seis meses de progressos sutis e pontuais, o paciente passou a vir só. Era tratado pela analista como adulto, ao contrário do que fazia seu pai. Após a sessão, tomava o ônibus para ir à escola.

Quando começou a falar mais, passaram a ler juntos *A volta ao mundo em 80 dias*, onde a terapeuta lia uma parte e ele continuava. Na retomada, sempre se lembrava no lugar que haviam parado, com ótima memória para nomes e lugares. Como o livro falava de países e

lugares, a terapeuta passou a trazer mapas e alguns livros que falavam de costumes dos países, com comida, roupas e diferenças de comportamento.

A terapeuta acreditava que livros podem ser ligações entre as pessoas, e apesar de não serem objetos transacionais, poderiam ser os indícios de uma ligação entre o paciente e algo de seu, à maneira de um seio bom.

Desenhos e pinturas eram feitos quando o paciente parecia entediado com a leitura, e após um ano de tratamento ele já falava normalmente, embora não houvesse manifestação de afeto. O que ele gostava de fato, era de copiar desenhos, coisa que fazia muito bem, embora tivesse sua criatividade bem empobrecida. Foi convidado a usar pinturas livres, mas se recusava, dizendo não gostar de “bagunça”. Desenhou a família, colocando na mãe calças compridas enquanto ele e o pai usavam calças curtas. O conceito de masculino e feminino não eram bem definidos nos desenhos. Na cópia dos desenhos, sempre alegres, usava cores vivas, colocando sempre um sol.

Depois de dois anos de terapia, numa sessão de sessenta minutos, o paciente pediu ao pai uma máquina fotográfica e ganhou uma que filmava também. Passou a fotografar lugares e trazer para mostrar o resultado. Os progressos foram se sucedendo: o pai aceitou começar análise e foi aconselhado a procurar outro psicanalista para não disputar espaço com o filho.

No período de chuvas no Rio, trazia muitas notícias de chuvas, desabamentos, e muitas sessões foram dedicadas às tragédias naturais, como enchentes, tsunamis, vulcões, terremotos e outros, o que não deixava de ser uma forma de relatar sua tragédia interna, seu desmoronamento, sua tragédia, sua catástrofe.

Numa das sessões de escolha de livros, escolheu Caixa Preta, um texto sobre desastres, onde se interessava pelos detalhes que produziram o desastre, não se interessando pelas mortes, mas pelos sobreviventes. Terminada a leitura, quis reler, como se o conteúdo do livro aliviasse sua angústia. Karlin recorta uma citação de Freud que menciona a catástrofe mundial, ou de fora do paciente, como se esta fosse. “O fim do mundo e a projeção dessa catástrofe interna”.

Começaram a montar juntos um quebra-cabeças e durante uma sessão o paciente anunciou que quando terminassem, não viria mais. Voltou a frequentar a igreja, mesmo admitindo que não sabia se acreditava em Deus, mas que isso deixaria sua mãe satisfeita. O pai também desistiu das sessões.

A terapeuta concorda que pode não ser apenas isso: resistências do pai, do paciente ao seu próprio tratamento, pois estava melhorando, a insatisfação da psicanalista, que embora visse melhoras no paciente não julgava que estas melhorassem sua qualidade de vida, apesar do

trabalho que isso exigia dela. Ainda assim, sua experiência demonstra que o paciente esquizofrênico é capaz de estabelecer transferência, mas o árduo problema é reconhecer e interpretar as suas manifestações transferenciais.

Na discussão que finaliza o caso clínico, como todo o relato, escrito em primeira pessoa, a autora confidencia suas dificuldades, dúvidas e incertezas, compartilhando com o leitor suas reflexões e a escolha do percurso realizado no setting terapêutico. Tendo o cuidado de não anotar por temer que isso interferisse na comunicação inconsciente entre ela e o paciente, o texto é cheio de marcas linguísticas de subjetividade, no tom de diário e confissão, o que favorece muito a compreensão do fazer psicanalítico.

Seus sentimentos iniciais incluíam medo, curiosidade e sobressalto, de duração curta, pois as experiências do *setting* foram reforçando o acerto seu em receber o paciente. Suas escolhas de trabalho foram interpretadas por ela como intuitivas, mas no momento da escrita, ela as reinterpreta como fruto de uma comunicação entre o inconsciente dela e o do paciente. Entender os silêncios foi como entender o choro de um bebê, o que nos mostra que seu trabalho terapêutico mimetizou muitas atitudes de maternagem, que ela deliberadamente buscava realizar.

O processo descrito foi lento, ao contrário do que possa parecer para quem lê o registro, e ela acredita que tenha havido associação livre conduzida pelas perguntas. Não interpretou falas pelo receio de afetar o ego do paciente, muito fragmentado, tendo compartilhado com ele a vivência do processo.

Sob seu ponto de vista, houve resistência do paciente, pois ele parou o tratamento quando se sentia melhor. Teve no CAPS, no pai, no psiquiatra, no psicanalista, em proporção menor, uma rede de atendimento e uma casa.

O fechamento do texto traz conclusões importantes sobre o processo de tratamento e sobre o paciente esquizofrênico, que precisa ser visto para além da patologia, como um sujeito que não é unicamente doente, assim como os não doentes, que compartilham com ele momentos de regressão ao estado esquizo-paranoico. A única diferença é que o paciente com esquizofrenia tem mais dificuldade de entrar e sair deste estado.

Os cuidados da psicanalista eram retribuídos pelo paciente que cuidava do ventilador, ligado quando ela chegava à sala, trocavam as músicas que gostavam, e isso é transferência também. A inclusão do pai foi importante, apesar do silêncio da mãe, mas este não era o único silêncio e segredo da casa onde cresceu, com um ambiente que certamente não o ajudou a ter um desenvolvimento psicológico mais sadio. A própria mãe, ausente psíquica, tinha dificuldade de dar amor, assim como o paciente. No entanto, a psicanalista evita culpar

a mãe pelo problema do filho, afirmando que a mãe nasceu filha e se torna mãe através de uma experiência de maternidade que pode ser fácil ou difícil, dependendo de sua vivência com a própria mãe.

Ainda que não lhe fosse possível caracterizar o tipo de esquizofrenia sofrido pelo paciente, a psicanalista reconhecia alguma semelhança com a catatonia, suspeitando que desde a infância parecia ter havido algum tipo de autismo, pelo retraimento e baixa sociabilidade. Surpreende que tendo frequentado a escola desde os 5 anos, nenhum diagnóstico tenha sido feito antes. É provável que isso tenha acontecido, mas a dificuldade de buscar ajuda, do ponto de vista médico ou psicanalítico, possam ter justificado o tratamento postergado.

O que desencadeou a crise na escola também não é possível saber, mas a autora conjectura que pode estar relacionado com o casamento da irmã e a experiência sexual com uma prostituta, ou algo tão forte quanto indizível, fez suas defesas ruírem. O desenho que fez da família o mostrou fusionado com a mãe. O casamento de seus pais era uma mentira, pois segundo o pai, a mãe viera da Paraíba para se casar com ele e não o desejava sexualmente, fazendo com que o casal não tivesse uma vida amorosa e sexual que fizesse com que o paciente elaborasse o complexo de Édipo e passasse pela castração.

Dos relatos de seus objetos animais e da bicicleta que lhe foram retirados com razões que lhe eram misteriosas, resulta que ele não tinha razões para investir em objetos que seriam perdidos. Esse paciente parecia não ter direito a desejos, sendo objeto do pai e da mãe, já que não existia para eles subjetivamente. Quando chegou ao tratamento tinha problemas renais que foram superados após a terapia e ele se movimentava sozinho pelo bairro sem problemas.

A psicanalista conclui afirmando que acredita que pacientes esquizofrênicos deveriam ser aceitos pelos psicanalistas, pois apenas a investigação clínica pode ajudar a desvendar os mistérios desta condição.

A autora faz uma linda metáfora com o que ora ocorre com os pacientes de esquizofrenia e as pacientes histéricas de Freud: são confinados e tratados como doentes, medicalizados para serem curados de um mal que os médicos não conhecem.

Pacientes esquizofrênicos não chegam por sua iniciativa aos consultórios médicos: são levados por outros e a medicação não lhes devolve o afeto nem os afasta dos sintomas negativos. Podem ajudar a criar uma base que sustente o trabalho psicanalítico, mas só a medicação não basta.

Maria Izabel termina seu texto testemunhando o grande aprendizado desta jornada e os sinais dados pelo paciente da expressão de afeto, na sua maneira raivosa de dizer que não iria mais. De qualquer forma, um afeto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar o percurso deste trabalho, um olhar retrospectivo e panorâmico revela alguns elementos ligados ao mais grave quadro das afecções mentais. A linha de tempo que ordena a sucessão de noções, ideias e conceitos, tem como pano de fundo um mundo em profunda transformação, com a crescente mentalidade técnica que encontrou lugares para cada categoria nosológica. O panorama que pode ser visto na construção do conceito de esquizofrenia, recobre cerca de dois séculos da história humana. Não obstante, temos ainda diante de nós, muitos enigmas no quadro deste distúrbio que ainda é cercado de estigma. Muitas de suas dimensões não são ainda suficientemente vistas e há muito espaço para avançar no olhar dirigido a este paciente, seja na discussão do diagnóstico, na prevenção ou na abordagem terapêutica. É inegável, no entanto, que mantendo uma perspectiva histórica, há muitos avanços, desde a desinstitucionalização dos pacientes esquizofrênicos para o *locus* do tratamento ambulatorial, até diversificadas tentativas de uma escuta psicológica específica. Por outro lado, a Psicanálise, fiel à tradição de seu criador, Freud, um homem do iluminismo e decifrador dos enigmas da psique humana, avança jogando luz sobre a pujança subterrânea que sustenta essa patologia. Território que contribui muito para a redução de danos da doença, alargando a autonomia e a qualidade de vida do paciente. Aqui é possível encontrar o acréscimo na dimensão do cuidado que cura, com a magia e o apoio da palavra. O relato clínico que fecha o texto, é exemplar de como a clínica psicanalítica pode atuar empurrando os limites e possibilidades vitais do paciente. O relato emocionante da terapeuta, expõe suas hesitações, medos e incertezas, mas afirma o tempo todo o seu desejo. E é a força do seu desejo que sustentou o atendimento do paciente e o percurso indiciário de sua intuição, que, ao final ela interpreta como fruto da comunicação com o inconsciente do paciente. O seu mutismo inicial, que apenas emitia ruídos, sem palavras ou olhares para a terapeuta, vai, lentamente se metamorfoseando, a partir de decisões não ortodoxas, como se sentar no chão junto do paciente, levar livros a serem olhados/lidos em conjunto, análise de cadernos da escola, desenhos, fotos, vídeos, relatos, quebra-cabeça, expressão do desejo de cuidar e se curar, num percurso consistente de transferência e contratransferência. Pode a clínica psicanalítica contribuir para o tratamento da esquizofrenia? Uma pergunta que me acompanha há bastante tempo, que motivou o início do estudo deste tema, e que se concretiza neste registro, é respondida pelo relato do caso clínico que conclui as

considerações sobre o tema. A direção da cura, se é possível falar esta palavra, precisa ser sustentada pelo desejo do analista, numa aposta em que se faz o investimento no paciente, para que seja possível a constituição de um sujeito, uma narrativa, uma história. A pergunta sempre latente no percurso teórico aqui empreendido, pode ser considerada respondida, na medida em que os conceitos da metapsicologia freudiana, articulados com as contribuições de Bion e Lacan, construíram o percurso que sustenta a atuação da clínica psicanalítica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Valença AM, Nardi, AE. Histórico do conceito de esquizofrenia. In Nardi AE, Quevedo AG, organizators. Esquizofrenia: teoria e clínica. 1.ed. Porto Alegre: Artmed; 2015. 260 p.
2. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área de saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. In Rev. Saude Pública 2005; 39(3):507-14. Disponível em www.fsp.usp/sp.
3. Valença AM, Nardi, AE. Histórico do conceito de esquizofrenia. In Nardi AE, Quevedo AG, organizators. Esquizofrenia: teoria e clínica. 1.ed. Porto Alegre: Artmed; 2015. 260 p.
4. Oliveira, A S F. Conceptualização Histórica da Esquizofrenia. In Revista O Tripeiro. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. 2010.226104837/914254257 m0410 8@med.up.pt
5. Elkis H. A evolução do conceito de esquizofrenia neste século. In Ver. Bras.Psiquiatria. vol. 22.s.1. May 2000.Disponível em <https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000500009>
6. Freud S. Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa. In Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Edição Standard Brasileira, Imago Ed. Rio de Janeiro, vol.III.1996,165-186.
7. Freud S. Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa. In Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Edição Standard Brasileira, Imago Ed. Rio de Janeiro, vol.III.1996,179.
8. Freud S. Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia (dementia paranoides) In Obras completas de Sigmund Freud, Edição Standard Brasileira, Imago Ed. Rio de Janeiro, vol. XII, 1996, pag. 25.
9. Gabbard G O. Psiquiatria Psicodinâmica na prática clínica. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2016, 637 pag.
10. Gabbard G O. Psiquiatria Psicodinâmica na prática clínica. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2016, 637 pag.
11. Trinca W. Notas sobre a esquizofrenia no contexto da psicanálise. In ALTER – Revista de Estudos Psicanalíticos. Vol.29(1), 2011, 89-110.
12. Nasio JD. O prazer de ler Freud. Rio de Janeiro. Zahar Editora:1999. 108 pag.

13. Gabbard GO. Psiquiatria Psicodinâmica na prática clínica. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2016, pag.190.

14. Karlin MI. Caso clínico: a esquizofrenia sob o olhar da psicanálise. In Estudos de Psicanálise. Belo Horizonte, nº 41, julho 2014, 93-110.

CONTATO

Maria da Graça Azenha Bautzer Santos: gracitazinha@gmail.com