

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO**  
**PUC-SP**

**Thaís da Silva Pereira**

**A oralidade esquizofrênica**

**MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA**

**SÃO PAULO**

**2015**

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO  
PUC-SP

Thaís da Silva Pereira

A oralidade esquizofrênica

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica, sob a orientação do Prof. Dr. Manoel Tosta Berlinck.

SÃO PAULO

2015

BANCA EXAMINADORA

.....  
.....  
.....  
.....

## AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Manoel Tosta Berlinck, primeiramente pela confiança depositada em mim, enquanto jovem pesquisadora e clínica, ensinando com paciência importantes transmissões que levarei adiante.

À Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental, representada pelas figuras do Prof. Dr. Manoel Tosta Berlinck e da Prof. Dra. Ana Cecília Magtaz. Trabalhar na associação foi uma oportunidade de contato com um mundo de pesquisa muito mais amplo do que eu imaginava.

À Banca de Qualificação e Exame, representada pelas Professoras Dra. Ana Cecília Magtaz e Dra. Marlise Bassani pela generosidade em ler a produção realizada de forma respeitosa, construtiva, colaborando para que a pesquisa avançasse e crescesse. Agradeço também a banca suplente, representada pelo Prof. Dr. Sérgio Franco e a Prof. Dra. Rosane Mantilla.

Aos colegas do Laboratório de Psicopatologia Fundamental da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo pelos comentários que tanto acrescentaram, pela generosidade da leitura e da escuta em momentos de nós na pesquisa.

Ao grupo de estudo sobre a psicose, coordenado pelo Ms. José Waldemar Thiesen Turna, e composto pelas colegas de mestrado Dagmara Tomatani, Thaís Zanoni e Vanessa de Freitas. Este grupo teve importância não só para navegar nos mares da psicose, discutir textos e obter imenso aprendizado. Foi também espaço de laços, de escuta e amizade.

Aos meus familiares, sobretudo meus pais, Alexandre Pereira e Sônia Regina. Sem o apoio incondicional de vocês nada disso seria possível. Sou muito agradecida pela confiança em mim, pelo amor e pelo respeito às minhas escolhas.

Aos amigos tão presentes e motivadores, tanto os distantes, quanto os residentes em São Paulo.

À equipe de psicologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia. Agradeço em especial os ensinamentos e incentivos de Daniela Rodrigues Goulart Gomes, minha preceptora na Residência Multiprofissional e supervisora do caso trazido ao mestrado.

Finalmente, agradeço ao CNPq pela bolsa de financiamento desta pesquisa.

PEREIRA, Thaís da Silva. *A oralidade esquizofrênica*. 2015. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP.

## RESUMO

Esta dissertação propõe investigar a manifestação da oralidade e suas implicações na esquizofrenia. A questão propulsora da pesquisa é: qual oralidade encontra-se na esquizofrenia? No caso em questão, um paciente esquizofrênico manifesta seu *pathos* também através da oralidade, ao ingerir objetos, sobretudo metálicos. Através da pesquisa traçaram-se ideias sobre como ocorre o encontro entre esquizofrenia e oralidade. A partir do conceito de uma oralidade esquizofrênica, pode-se pensar na originalidade da esquizofrenia e suas implicações sobre sua forma de ser no mundo, criativa e destrutivamente. Pensa-se em uma boca-corpo que apresenta uma desconfiguração no esquema corporal, tornando-a sem representação. A oralidade esquizofrênica é constituída inicialmente na primeira fase oral, onde o Eu é um receptáculo de objetos parciais; assim, torna-se impossível fazer o caminho necessário para os objetos totais e a diferenciação com o outro. Portanto, o esquizofrênico acaba por se relacionar de forma desintegrada com os objetos do mundo e com o outro, inclusive pela oralidade esquizofrênica; o clínico, ao atender os pacientes esquizofrênicos, deve considerar essa oralidade, pois trata-se de uma manifestação que diz muito sobre o *pathos*, sendo uma abertura possível para a criatividade na clínica visando uma menor destrutividade nesses pacientes.

**Palavras-chave:** Psicopatologia Fundamental, Esquizofrenia, Oralidade esquizofrênica.

PEREIRA, Thaís da Silva. *A oralidade esquizofrênica*. 2015. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

### **ABSTRACT**

This dissertation aims to investigate the manifestation of orality and its implications in schizophrenia. The main question of the research is what orality was found in schizophrenia? In this case, a schizophrenic patient expresses its pathos also through orality, to ingest objects, especially metals. Through research were traced ideas on how the meeting between schizophrenia and orality occurs. From the concept of schizophrenic orality, it is possible to think of the originality of schizophrenia and its implications on their way of being in the world, creatively and destructively. It is thought in a mouth-body, which features a mangling on the body schema, making it without representation. The schizophrenic orality consists initially in the first oral phase where the person was a receptacle of partial objects; being that, it does not become possible to make the necessary path for the total objects and differentiation with each other. So the schizophrenic ends up relating in a disintegrated way with the objects of the world and with others, including the schizophrenic orality. The clinician while attending schizophrenic patients should consider schizophrenic orality because it is a manifestation that says a lot about the pathos, with a possible opening for creativity on clinical activity aiming a lower destructiveness in these patients.

**Keywords:** Fundamental Psychopathology, Schizophrenia, Schizophrenic Orality.

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	9
1-METODOLOGIA.....	17
1.1.Método e criatividade.....	20
2- O CASO CLÍNICO .....	25
3-COMPREENSÕES SOBRE A ESQUIZOFRENIA .....	37
3.1. Da demência precoce à esquizofrenia - Observações sobre o conceito e a psiquiatria clássica.....	37
3.1.1. Bleuler e a proposta de uma teoria sobre a esquizofrenia.....	39
3.2. A psicose em Freud. Psicose, paranoia, esquizofrenia e parafrenia.....	48
3.3. Piera Aulagnier e o vislumbre para uma relação entre fase oral e a psicose.....	54
4- ESBOÇANDO UMA ORALIDADE ESQUIZOFRÊNICA.....	63
4.1. Pensando sobre o sintoma como manifestação de <i>pathos</i> e saúde.....	68
4.2. A criatividade do sintoma.....	73
5- A CRIATIVIDADE E A DESTRUTIVIDADE NO ATENDIMENTO À ORALIDADE ESQUIZOFRÊNICA.....	76
5.1. A noção de criatividade, passando pela destrutividade.....	76
5.2. O que o atendimento de Flávio nos ensina.....	88
5.3. Ferramentas de atendimento para a esquizofrenia – o brincar de Winnicott, a aproximação da linguagem de Leclaire, o secretário do alienado de Lacan e a posição regressiva terapêutica de Searles.....	92
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	101
REFERÊNCIAS.....	105

## INTRODUÇÃO

A presente pesquisa fundamenta-se em um caso clínico atendido no Pronto-Socorro de um Hospital-Escola na formação de Residência Multiprofissional. A partir dele buscou-se investigar o funcionamento psíquico do esquizofrênico e sua relação com a oralidade. Por meio de uma pesquisa fundamentada na Psicopatologia Fundamental e teóricos da Psicanálise, utiliza-se um caso clínico visto à luz do método clínico, para assim iniciar uma compreensão sobre o funcionamento psicótico e a aparição do sintoma na oralidade, como manifestação original da esquizofrenia.

Segundo Laplanche e Pontalis (1994), a Psicanálise, diferentemente da Psiquiatria, se propôs a conhecer a psicose como estrutura psíquica diferenciando-a da neurose e da perversão, e não propondo descrever classificações de sintomas. Trata-se de uma perturbação primária da relação libidinal com a realidade, numa tentativa de restauração do laço objetal.

Após sua segunda teoria do aparelho psíquico, Freud (1924b) coloca que enquanto nas neuroses o Ego se submete as exigências da realidade, utilizando-se do recalque, na psicose entre o Ego e a realidade há uma ruptura, submetendo o Ego ao Id. Posteriormente, por meio do delírio, o Ego cria uma nova realidade, ainda submetido ao Id.

Recentemente apontei, como um dos traços que distinguem uma neurose de uma psicose, que na primeira o Eu, em sua dependência da

realidade, reprime uma parte do Id (da vida instintual), enquanto na psicose o mesmo Eu, a serviço do Id, retira-se de uma parte da realidade. Para a neurose, então, o fator decisivo seria a influência preponderante da realidade, para a psicose, a influência do Id. A perda da realidade já estaria na psicose desde o início; na neurose, parece, ela seria evitada. (Freud, 1924c, p.215)

Para Freud (1924c), a psicose busca reparação com a realidade de uma forma autocrática, criando sua própria realidade. A neurose não repudia a realidade, apenas a ignora; a psicose a repudia e tenta substituí-la. A forma de transformação da realidade na psicose se baseia nas informações trazidas da realidade primariamente afetadas pelas novas informações criadas; desta forma compreende-se as alucinações e delírios, muitas vezes de natureza conflitiva, ansiogênica. Portanto, a tentativa de recusa a realidade falha e o fragmento rejeitado retorna, assim como nas neuroses. Então, numa nova tentativa, cria-se um novo fragmento contra aquele que se defende.

Freud diz, no trecho há pouco citado a respeito de uma perda da realidade na psicose desde o início, ou seja, de uma formação muito primitiva nestes casos, que quase coincide que com o início da vida. Piera Aulagnier (1963) aprofundou-se nos caminhos das origens da psicose, apresentando uma maior compreensão sobre o entendimento deste primitivismo e originalidade da configuração da esquizofrenia, sobretudo pelo que Freud diz quanto a relação da esquizofrenia com o autoerotismo. Ou seja, uma relação com objetos parciais, sem configuração de um outro.

Aulagnier (1963) estabelece, pela via da primeira etapa da fase oral, e da falha na identificação do Eu com um Ego especular, um caminho para a compreensão da formação da esquizofrenia. A inviabilização do processo de identificação, baseado apenas na introjeção, colaborou bastante para a construção da ideia sobre a oralidade esquizofrênica, pois foi assim que se compreendeu a originalidade da esquizofrenia em suas relações, sua forma de ser com

o mundo, pensando na boca como elemento de um corpo espedaçado. A oralidade esquizofrênica é, então, uma forma de comunicar-se com o mundo e se estabilizar, tornando a linha entre a criatividade e a destrutividade do sintoma muito tênue.

Goidanish (2003) discute, em seu artigo nomeado “Configurações do corpo nas psicoses” como o psicótico percebe e se relaciona com seu corpo, principalmente em uma crise aguda. Destaca que a clínica das psicoses normalmente evidencia um estranhamento do próprio corpo por parte dos psicóticos, relacionando-se com o corpo como se este fosse um objeto estranho, parecendo não compor o sujeito, e muitas vezes ignorando-o, com falta de cuidado, destrutividade ou anestesiamiento.

Goidanish (2003) coloca, porém, que apesar dessa relação distante com o corpo, quando a crise psíquica se instala, a relação com o corpo aparece, mas de forma conflituosa. Essa relação pode ocorrer por meio de alucinações ou delírios ligados ao corpo, como sensação de ser beliscado ou comandado por um outro. Na psicose, aparece um corpo inacabado, desintegrado, não conseguindo utilizar os artifícios de suposições e simbolização, como os neuróticos.

Sobre a oralidade esquizofrênica, da forma como se propõe neste trabalho, pouco foi encontrado na literatura. O livro chamado *A pulsão na psicose: oralidade, mania e melancolia*, organizado por Czermak e Tysler foi em certo momento, importante interlocutor nesta proposta. Pensando a questão sobre o viés da desespecificação pulsional, esses autores trazem importantes contribuições para o conceito aqui defendido. Entretanto, muitos pontos são trabalhados de formas diferentes, como a importância da fase oral na relação objetal e a originalidade deste momento para pensar o sintoma oral na esquizofrenia.

A oralidade esquizofrênica é uma questão importante e interessante tanto para a comunidade científica quanto para a clínica, por trazer um enriquecimento da forma de ser do

esquizofrênico. Ela é uma manifestação que se relaciona com a posição do esquizofrênico frente ao mundo, apreendida em um momento em que a boca era primordial, e a introjeção estabelecia a forma de se relacionar. Assim, a oralidade esquizofrênica diz sobre uma compreensão do *pathos* do esquizofrênico, aquilo do qual ele se defende e o faz padecer. O esquizofrênico sofre, sobretudo, da solidão de não se encaixar em uma história, além de uma castração primitivamente tão maciça que faz com que ele viva fugindo por toda a vida. Ele se despedaçou muito cedo, e esses pedaços configuram não só um outro corpo, como uma outra forma de se relacionar.

Quando o sujeito tenta assumir-se como desejo, é o espectro de um corpo definitivamente castrado que o Outro faz surgir diante dele. É por isso que o psicótico jamais poderá abandonar as demandas que, nos diferentes estádios, permitiram-lhe ao menos reconhecer-se como objeto parcial; é graças a elas que, por nunca ter acesso ao gozo, ele pode esquecer-se no prazer. A demanda oral, a demanda anal e a demanda fálica persistem lado a lado. (Aulagnier, 1963, p. 27-28)

A relação apreendida tão cedo, por meio do autoerotismo com os objetos parciais, desenha um caminho para o psicótico poder se estabelecer no mundo. Isto acaba por inserir uma desespecificação pulsional, em que o corpo se mostra com partes plurais. A boca não é só boca, sua conjectura pulsional envolve uma demanda oral, anal, fálica. Uma pluralidade que faz a boca poder ser um corpo. O que se defende neste trabalho é que, apesar da desespecificação pulsional que já traz uma nova configuração de oralidade na esquizofrenia, acredita-se em uma originalidade da questão oral, por ter sido a fundadora deste processo de organização libidinal e de relação. Isto não quer dizer que esta proposta aqui, seja a marca de uma causa da esquizofrenia, mas sim um ponto primitivo e constituinte, por isso original, do processo de formação da esquizofrenia.

Assim, Aulagnier (1963) vincula o mecanismo de introjeção na própria transferência possível na psicose, e o clínico fica em uma posição de objeto de introjeção, ou seja, sem um menor distanciamento. Ou então, o paciente se posiciona enquanto objeto de introjeção,

totalmente anulado, em que ele se distancia exageradamente. Assim, o clínico fica em um lugar estabelecido por uma relação realmente delicada, tornando-se importante o respeito da distância estabelecida pelo paciente.

A oralidade esquizofrênica tem um componente de criatividade, já que encontra uma saída para o indivíduo conseguir se manter seguro frente às ameaças que sente do mundo, demonstrando, então, sua originalidade psíquica e uma forma de se relacionar. Entretanto, contém uma destrutividade importante, já que acaba aproximando o paciente da morte, pois, a oralidade esquizofrênica contém esta faceta da anulação em si e no outro, pela introjeção, o que impede uma ligação com os objetos, a favor de um rompimento do Ego, ocasionando a crise. Há uma angústia real e avassaladora que coloca o esquizofrênico em uma posição aterrorizada, sozinho e sem vez.

Torna-se importante para estes pacientes um maior escape do viés criativo, e a diminuição do viés destrutivo. Nos atendimentos dos esquizofrênicos há de se estabelecer uma posição de respeito pela originalidade esquizofrênica e um movimento criativo, entendendo a criatividade como ferramenta clínica de uma vivência mais solta e leve. Há uma tendência a entender o esquizofrênico enquanto leve, livre das represálias da vida comum e social; é um engano pensar o esquizofrênico como livre, ele sofre e recusa a realidade, justamente por se perceber só, ao ter uma anulação maciça muito cedo. Há um sofrimento de terror nestes indivíduos. Eles podem sim ser criativos e até felizes (Winnicott, 1975), mas isto não é um fato geral. O clínico pode ser um ponto de brecha nesta destrutividade, sendo criativo, enquanto referência de alguma coisa do mundo.

O conjunto de outros vai, então, refutar violentamente tal discurso, negando-lhe toda possibilidade de compromisso e impondo-lhe silêncio, ao recusar escutá-lo ou ao fazer o necessário para que o enunciante seja excluído dos lugares de escuta. (...) A primeira condição para que a potencialidade psicótica permaneça como tal, é a presença garantida na cena do

mundo de um Outro (que pode ser o primeiro, que ainda vive, ou um substituto que possua os atributos que favorecem esta transferência) que dá provas de uma certa cumplicidade e proximidade aos pensamentos e às teorias do sujeito. (Aulagnier, 1979, p. 215)

Nota-se a importância de o clínico ser um ponto fora da anulação deste paciente, alguém que de fato o escute e não se implique nas circunstâncias de poder sobre a verdade. Isto implica um respeito sobre as construções do esquizofrênico. Segundo Katz (1991), é preciso evitar duas atitudes clínicas em relação aos pacientes psicóticos. A primeira é a evitação de uma posição humanisticamente falsa, que acredita que na clínica terão dois sujeitos que vão se entender e se amar; esse autor acredita que este discurso, para ele piegas, acaba por camuflar uma violência; a segunda é evitar a escuta da fala do paciente, enquanto um discurso homogêneo e unitário, o que seria também uma espécie de violência.

Assim, das diversas formas de o esquizofrênico manifestar sua desintegração, a oralidade se coloca como uma delas, enquanto mais puro e concreto sinal de relacionamento com os outros. Escutar e considerar esta manifestação são uma forma de fazer uma clínica útil a estes pacientes. Afinal, respeita sua originalidade e dela se utiliza para encontrar outras saídas possíveis, saídas menos destrutivas.

Para um melhor entendimento das questões entre esquizofrenia, oralidade esquizofrênica e a clínica, iniciou-se o percurso pelo capítulo “Compreensões sobre a esquizofrenia”, atendo-se a entender o conceito e suas implicações. Esta compreensão desenvolveu-se pela evolução do conceito dentro da psiquiatria clássica, passando pela demência precoce de Kraepelin e pela esquizofrenia de Bleuler. Entender os sintomas fundamentais para Bleuler foi fundamental, a fim de se observar com maior clareza as formas descritas de manifestação e organização do esquizofrênico. Em seguida, nesse mesmo capítulo, buscou-se a compreensão de Freud sobre a psicose e a esquizofrenia, sobretudo privilegiando as suas colocações sobre a paranoia e suas diferenças, assim como o que ele

defendia enquanto parafrenia. A parafrenia, para ele, seria um termo mais adequado que esquizofrenia, pois acreditava que haviam componentes paranoicos na esquizofrenia. Além disso, escutar Freud tornou-se necessário, para compreender uma recomendação que marcou a história da psicanálise com os psicóticos, já que ele não acreditava ser possível a aplicação da psicanálise a esses pacientes. E, por fim, finaliza-se esse capítulo com as observações de Piera Aulagnier sobre a psicose e a esquizofrenia, a partir do corpo fantasmático do psicótico, introduzido na relação com a mãe e a primeira fase oral, em que a questão da introjeção explica a posição ocupada por esses pacientes.

Segue-se a pesquisa com o capítulo “Esboçando uma oralidade esquizofrênica”, onde buscou-se um aprofundamento e maior entendimento do que seria a oralidade na esquizofrenia. Como ela se configura na lógica do esquizofrênico e suas revelações fomentam este texto, partindo, sobretudo da lógica do sintoma. Toma-se o sintoma neste capítulo a partir de um viés de criatividade e destrutividade, enquanto forma do indivíduo se fazer dito e se sustentar, mas de maneira muitas vezes prejudicial em outros aspectos. Entender a concepção do corpo do esquizofrênico é um dos pontos desse capítulo, favorecendo também a extensão do conceito sobre a oralidade esquizofrênica.

No capítulo posterior, “A criatividade e a destrutividade no atendimento à oralidade esquizofrênica”, propõe-se a ideia de pensar pela via ambivalente encontrada no sintoma, o papel do clínico frente a esses pacientes e essas manifestações. Utilizou-se o pensamento de Winnicott sobre o viver criativo para uma maior compreensão desse elemento na clínica. Ocorre uma aproximação com Lacan por meio do papel especulador do clínico e as implicâncias do estágio do espelho nas bases da esquizofrenia, já que apesar das divergências entre os autores, ambos nutrem um interesse sobre os primórdios das relações objetais. A partir das observações da postura do clínico e do paciente nos atendimentos de Flávio, busca-

se uma maior clareza sobre a posição do clínico, sendo esta defendida enquanto posição daquele que especula, brinca e secretaria.

Encerra-se o trabalho considerando a oralidade esquizofrênica uma importante manifestação da esquizofrenia, que revela sua originalidade. Pode-se, então, dizer sobre uma oralidade na esquizofrenia, a partir de uma configuração original, que funda uma forma de ser e uma forma de estabelecimento frente à desorganização pulsional.

Espera-se que o leitor possa navegar nos caminhos da esquizofrenia e suas implicações dentro da oralidade esquizofrênica de forma criativa, que inspire potência na pesquisa, na clínica e na posição junto a esses pacientes que contêm uma verdade que deve ser respeitada enquanto inacessível em sua totalidade. Como posto por Aulagnier (1963):

É sempre com surpresa que assisto ao surgimento, no discurso psicótico, de um tipo de verdade última, inacessível aos outros humanos, talvez por ser incompatível com o logro que nos permite viver. Verdade que ultrapassa a dimensão do simples insight para assumir o valor de uma mensagem, que só aqueles que nos falam do fundo desse abismo poderiam decifrar, abismo cujas bordas nos contentamos em projectar timidamente. (p. 32)

## 1. METODOLOGIA

O presente trabalho desenvolveu-se no âmbito do Laboratório de Psicopatologia Fundamental do Núcleo de Psicanálise do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Fundado em fevereiro de 1995 com a coordenação do Professor Dr. Manoel Tosta Berlinck, o Laboratório de Psicopatologia Fundamental da PUC-SP inspirou-se no Laboratoire de Psychopathologie Fondamentale et Psychanalyse de l'Université Paris 7 – Denis Diderot, criado pelo Professor Dr. Pierre Fédida (Berlinck, 2000).

Pierre Fédida traz a Psicopatologia Fundamental como uma opção diferenciada à Psicopatologia Geral de Karl Jaspers, o qual tinha como objetivo, com sua disciplina, a narrativa objetiva das doenças mentais conhecidas. Já a proposta de Fédida inclui e resgata a dimensão subjetiva, sem descartar as contribuições da psiquiatria, filosofia e psicologia.

Psicopatologia introduz três palavras fundamentais para sua compreensão. *Psique*, *Pathos* e *Logos*. Iniciando por esta última palavra citada, entende-se *logos* como discurso e linguagem que liga elementos. *Logos* também deriva lógica, expressa especialmente através da oratória. *Psique* traz a ideia do psiquismo. O psiquismo, segundo Berlinck (2000), é, na ótica da psicopatologia fundamental, um prolongamento do sistema imunológico. Ou seja, é parte do corpo e resposta às ameaças externas. *Pathos* é a ameaça externa; é aquele ou aquilo que vem de longe e vem de fora, tomando o corpo e o fazendo sofrer, podendo instalar uma

crise na psique, uma crise psíquica. *Pathos*, que deriva as palavras sofrimento, paixão, passividade, introduz o elemento mais fundamental, a subjetividade. Subjetividade do excesso, daquilo que faz o indivíduo sofrer. Enquanto fundamental esta psicopatologia torna o *pathos*, então, componente do humano. O humano é pático, ser do excesso, da dor e da paixão, esta é a condição necessária para ser no mundo.

Pode-se entender, assim, a Psicopatologia Fundamental como um discurso sobre o sofrimento psíquico, que é imprescindível para o estabelecimento do humano.

O humano defende-se do *pathos* com o psíquico, tornando-se desta forma, autor de um mundo de representações objetais. O humano é assim, sujeito. (...) A psicopatologia fundamental não pretende ser uma nova disciplina, mas um campo composto por múltiplas posições. (Berlinck, 2000, p. 8)

Considerando a relevância das vivências clínicas para a pesquisa em psicopatologia fundamental, a análise de caso pelo método clínico, fundamentada teoricamente em revisão bibliográfica, foi escolhido como meio de investigação.

Magtaz e Berlinck (2012) demonstram a importância do caso clínico como ferramenta de pesquisa, utilizada frequentemente nos estudos psicopatológicos, como em Clérambault e Binswanger. Freud iniciou a análise de casos clínicos enriquecendo as contribuições das vivências para o conhecimento, colocando o caso em um lugar além do romance, não tendo o propósito de confirmar uma teoria e sim ser observado com atenção flutuante, não se fixando em pontos isolados.

Estas ideias de Freud possibilitam pensar o caso como sendo o que possibilitaria a coincidência entre tratamento e pesquisa o fundamento mesmo do método clínico, ou seja, *pensar o caso clínico como sendo o relato do que surpreendeu o clínico em seu estado de atenção flutuante*. (Magtaz e Berlinck, 2012, p. 74)

Segundo os autores, a análise de caso clínico não é simplesmente o relato de sessões, nem uma anamnese com descrição de sintomas e sinais, muito menos um relato de experiência bem-sucedida. Aliás, o que suscita a indagação que direciona a pesquisa seria justamente os nós da análise. A pergunta é aquela a que se apresentou na contratransferência como questão enigmática.

O trabalho de interpretação do caso em pesquisa seria, então, um trabalho de associação do clínico pesquisador para superar suas resistências na formulação de um problema de pesquisa, e poder ficar livre em sua atenção e favorecer o pensamento metapsicológico. Este delicado e complexo processo envolve principalmente a memória, ou seja, aquilo que foi vivido e esquecido, pois sem esquecimento não há memória. Evidencia-se, assim, a formação como atividade indispensável para a livre associação. O estudo, a leitura e a formação, entendidos como análise pessoal e supervisão alimentam a memória e retiram a livre associação de uma existência banal. A resistência aparece sob várias formas, mas principalmente pela via da repetição do já sabido e da falta de formação. O douto analfabetismo é uma resistência à pesquisa metapsicológica. (Magtaz e Berlinck, 2012, p. 76-77)

Diferente do estudo de caso, a pesquisa que utiliza a análise de caso clínico, não tem como objetivo explicar, mas, a partir do desejo do pesquisador, investigar na experiência vivida aquilo que lhe causa estranhamento e suscite vontade de conhecer, aprofundar o conhecimento. Importante também diferenciar a análise de supervisão da análise de caso; segundo os autores, Fédida mostra que a primeira trata-se da transferência do analista com o supervisor, voltando o olhar para os pontos cegos de sua atuação. Já a segunda volta o olhar do pesquisador para a metapsicologia e a construção de um tema de investigação.

Assim, o objetivo do método clínico é utilizar o caso, enquanto relato daquilo que afetou o clínico em seu estado de atenção fultuante, instaurando um enigma. O surpreendente enigmático é a mola propulsora do clínico pesquisador, revelando um estado entre o que é e o que deveria ser (Magtaz e Berlinck, 2012). Nesta pesquisa o surpreendente enigmático é o sintoma na oralidade sob uma forma desenfreada e desconectada de critérios. O que havia à

frente da pesquisadora e clínica era o ato de ingerir metais partindo de um paciente esquizofrênico, e o que deveria ser era um mínimo critério sobre o que se coloca na boca e ingere. Este enigma suscitou esta pesquisa e trouxe a questão. Qual a oralidade presente na esquizofrenia?

O enigma surgiu de uma vivência, antes de passar pela questão propulsora de pesquisa, e então, se tornar experiência socialmente compartilhada. Assim, segue-se com a construção desta pesquisa.

### **1.1. Método e criatividade**

Durante a formação na residência multiprofissional, onde a pesquisadora se inseria, enquanto clínica residente em um pronto-socorro de um hospital geral, desparou-se com o paciente do caso em questão. Desde o primeiro momento, o fato de o paciente ser internado após a ingestão de objetos, sobretudo metálicos, trazia o questionamento sobre o motivo dessa ação. No decorrer dos atendimentos, observando o paciente - que tinha o diagnóstico de esquizofrenia - confirmado como tal, notou-se uma desintegração no seu discurso e posição, que já indicava uma ligação com a ingestão de objetos.

O enigma se fez muito claro desde o princípio, mas inicialmente continha um componente ingênuo. A ingenuidade era própria de um clínico iniciante, que se surpreende na admiração do discurso, sobretudo do esquizofrênico, com as características de um lugar de difícil compreensão. A tendência inicial era pensar na questão com a expectativa de uma elucidação neurótica da ingestão de metais, contendo justificativas claras, lógicas e propositais. Como se essa ingestão fosse um sintoma de algo recalcado, de uma relação de

objeto, em que objeto e Eu estivessem em dimensões distintas. Compreendia-se o objeto ingerido como objeto reconhecido como outro sem, nesse momento, atentar para a natureza da esquizofrenia de negação do outro e recusa do externo. Esta é a sua defesa do *pathos*.

Já notava-se algo importante, havia algo na esquizofrenia que se ligava à oralidade, que revelava um componente dessa desintegração. Entretanto, faltava um destrinchamento para compreender de que ordem era essa oralidade.

O primeiro passo foi uma maior compreensão do que se entendia por esquizofrenia. Entender de que formação subjetiva falava-se para compreender o sintoma na oralidade. Diferenciá-la da paranoia e compreender suas manifestações, características e formas de ser no mundo, foi essencial para que fosse desenhado com maior propriedade o enigma e a construção clínica de pesquisa. Entretanto, esse movimento de compreensão da esquizofrenia foi realizado durante todo o transcorrer do trabalho, revelando a complexidade do ser esquizofrênico e a dificuldade das quebras dos ideais clínicos, de expectativa de entendimento total e de cura. A partir do momento em que o ideal terapêutico de cura e de compreensão normativa do esquizofrênico se desfizeram, o trabalho pôde se estabelecer criativo, trazendo ligações que podem enriquecer a compreensão do enigma e contribuir para a construção científica no que se refere à esquizofrenia. Cabe referenciar as imensas contribuições de Bleuler e Piera Aulagnier, além de Freud, nesse momento.

Para a compreensão da oralidade na esquizofrenia foi necessário um maior amadurecimento da pesquisa e de caminhos tortuosos que só enriqueceram um melhor desenho do que se propõe a investigar neste trabalho. Em um primeiro momento pensou-se em um encontro da oralidade com a esquizofrenia, sob o olhar dos distúrbios da oralidade. Pensava-se poder associar e estabelecer uma ligação entre esse conceito e a esquizofrenia. Entretanto, esse conceito se coloca como manifestação da melancolia (Magtaz, 2008), sendo

de ordem neurótica, especificamente uma neurose narcísica, o que envolve um avanço na relação de objeto, onde há um Eu e um outro estabelecidos. O corpo do melancólico tem, então, uma oralidade mais específica e clara no esquema corporal.

Na esquizofrenia, falamos de uma psicose, ou seja, um embate do Eu com a realidade, em um nível mais primário, onde Eu e outro não foram de fato diferenciados, estando em um nível autoerótico. Ainda não se reconhece o outro, aliás, o que existe é uma negação do outro. Tal fato se insere na lógica de que o esquema corporal do esquizofrênico fica prejudicado; assim, o corpo do esquizofrênico é um outro corpo. Fala-se aqui de um corpo no qual a oralidade se inicia, mas não se finaliza. A oralidade torna-se importante por ser uma fase onde quase simultaneamente ocorrem os processos que se ligam à formação esquizofrênica. Entretanto, por não avançar, fica um buraco que torna o sujeito claudicante no que se refere à constituição do seu Eu, do seu corpo e da sua relação com o mundo. Pode-se então falar de uma oralidade, mas não uma oralidade neurótica com um esquema corporal pronto, mas uma oralidade esquizofrênica que coloca a boca como corpo e os objetos como parciais e indiferenciados.

O que inicialmente surgiu como uma confusão na pesquisa foi um elemento de extrema importância no que se refere à construção dos desenrolares do enigma, já que foi a partir desse ponto, que se pôde pensar de qual corpo se fala, e que oralidade era essa. Para isto, as contribuições de Magtaz sobre os distúrbios da oralidade, de Piera Aulagnier sobre a importância da fase oral na formação psicótica, de Dolto sobre a ideia de corpo, de Calligaris e Freud na compreensão do sintoma, foram fundamentais. Além de Gori e Berlinck, colaborando sobre o pensamento da paixão na esquizofrenia, e igualmente o livro organizado por Czermak e Tysler como interlocutor da oralidade na psicose, suscitando pontos convergentes e divergentes que só enriquecem o trabalho.

Durante a escrita da oralidade esquizofrênica notou-se uma ambivalência na questão sintomática que passava pela criatividade e pela destrutividade. Esta foi uma inquietação na pesquisa, que estava incipiente no começo, mas que já aparecia na observação da ingestão de objetos metálicos enquanto uma espécie de criação do *pathos*. A inquietação continuou, ficou mais visível na escrita sobre a questão do sintoma na esquizofrenia, e ganhou seu maior espaço e compreensão na escrita sobre o atendimento aos pacientes esquizofrênicos e à oralidade esquizofrênica.

Importante lembrarm que, como dito anteriormente, a busca pela compreensão do que torna a esquizofrenia original, foi um caminho constante. No capítulo sobre o atendimento aos esquizofrênicos, propõe-se utilizar a compreensão da criatividade e da destrutividade, sobretudo em Winnicott. Compreender a formação da esquizofrenia para esse autor foi fundamental, não somente para entender a criatividade e o atendimento, mas também para compreender o que se faz subjetivo nesses casos. Utilizar Winnicott associado a outros autores, como Lacan, Berlinck, Franco, Aulagnier, Leclaire, Searles, foi fundamental para um alargamento da pesquisa e na transformação da vivência em experiência socialmente compartilhada, preferencialmente de forma criativa. É fundamental que a pesquisa ofereça sugestões inéditas, não só para que se torne atraente ao leitor e à comunidade científica, mas para trazer uma fruição à leitura, à escrita e ao desejo do pesquisador.

Segundo Winnicott (1975), a criatividade se relaciona com o prazer de estar vivo. É um caminho de fundamental importância para se estabelecer na vida em comunidade de forma ativa, tornando-o original. Porém, é importante destacar que a criatividade não surge por si só; ela contém a necessidade do bebê iludir-se como onipotente frente ao mundo, pensando que o mundo é uma criação sua. Assim, posteriormente vai se desiludindo e percebendo que o mundo já estava lá antes de ser criado por ele. Este movimento de iludir e

desiludir faz com o que o indivíduo perceba que ele pode ser potente ao reconhecer o que já existia, e também ao acrescentar ao mundo de forma ativa, com criações próprias.

Esta ação criativa se encontra na pesquisa, assim como o que Magtaz e Berlinck (2012) associam com o movimento do pesquisador, apresentando-se como um movimento próximo à pesquisa sexual infantil. Nota-se um similar movimento de tomada do caso como objeto investido libidinalmente pelo pesquisador, sendo, por isto, o caso do clínico pesquisador e não do paciente. Movimento de descoberta e de amadurecimento enquanto pesquisador e sua pesquisa.

Esta pesquisa assim se fez, entre este movimento de supor, através de uma ingenuidade, uma questão que parecia tão obscura e por isso tão interessante – ilusão de construção do mundo; que foi aos poucos desvelada, com as contribuições daqueles que já se expuseram no mar de possibilidades dentro da psicopatologia, oferecendo mudanças no rumo da pesquisa – mundo já existente/desilusão necessária; ligando o que já existia e o que se pensou, trazendo uma novidade – potente, como ser ativo no mundo já existente.

## 2. O CASO CLÍNICO

O paciente, nomeado Flávio, foi internado no Pronto-Socorro de um Hospital de Clínicas por ingestão de objetos metálicos. Entre os objetos ingeridos foram encontrados chave de fenda, chaves, pregos, entre outros. O paciente foi internado quatro vezes por esse motivo, sendo que nas últimas duas internações foi por mim atendido.

Nas duas internações em que ocorreram os atendimentos, não teve um encaminhamento ou uma solicitação para o atendimento. Na rotina hospitalar, normalmente os pacientes chegavam até o serviço de psicologia via pedido da equipe, da família ou do próprio paciente, porém algumas vezes era oferecido o atendimento psicológico quando identificava-se uma demanda (um choro, um tumulto, uma situação traumática, um enigma). Na primeira internação, ao perceber uma inquietação na equipe, me aproximei. Todos comentavam sobre o paciente que engolia metais, olhavam seu exame de Raio-X. Mostravam-se impressionados e afetados, buscavam a via do humor, fazendo piadas sobre o caso. A equipe comentou então, que haviam solicitado uma interconsulta com o psiquiatra; busquei me inteirar sobre o caso, e mesmo sem a solicitação da equipe decidi abordá-lo.

O paciente estava deitado na maca em uma saleta com outro paciente; sentia muita dor e gemia bastante. Cabe dizer que naquele momento as condições ambientais eram precárias. A sala era muito pequena e eram colocadas quantas macas coubessem, conforme a super-lotação do Pronto-Socorro. Naquele local ficavam os pacientes que acabavam de chegar da urgência e já haviam recebido os primeiros socorros, aguardando as próximas condutas médicas. Ao

aproximar-se do paciente e tentar um primeiro contato, ouvia-se o que ele dizia insistentemente: que não tinha pai, não tinha mãe, não tinha casa. Flávio não conseguia desenvolver praticamente nada em seu discurso. Além disto, estava visivelmente em crise. Apresentava-se com um olhar assustado, com certo temor. Não se conseguia estabelecer um diálogo além da escuta do “não ter”. Nos dias que se seguiram continuaram os atendimentos. Apesar da fala delirante e alguns comportamentos bizarros, Flávio conseguia estabelecer um contato melhor. Falava mais, suportava ficar um tempo maior sentado e apresentava-se um pouco menos desesperado.

Na segunda internação novamente nosso contato se deu através de uma iniciativa minha, sem encaminhamentos da equipe. Ao passar pela área aberta do hospital, avistei Flávio deitado no chão, com expressão de sofrimento, dor. Ele gemia e pedia para ir embora. Foram realizadas algumas intervenções verbais e, com a ajuda de um enfermeiro, Flávio foi levado até o leito.

O paciente reside em uma cidade do interior de Minas Gerais com o tio, seu tutor legal, pois quando contava 12 anos sua mãe morreu devido a um câncer de estômago, e não muito tempo depois o pai também faleceu devido a um acidente vascular cerebral. O pai surge constantemente nos atendimentos como forte, potente, mas faltoso. “Eu não tenho pai, meu pai morreu. Meu pai tinha uma Brasília e bateu a Brasília, meu pai morreu” (sic). “Uma vez peguei uma Brasília, bati ela e coloquei fogo...” (sic). O paciente foi diagnosticado pela equipe de psiquiatria do hospital com Esquizofrenia hebefrênica. Também havia na descrição da psiquiatria os sintomas de um delírio cristalizado e um prognóstico reservado, pontuando a gravidade do caso. Flávio também fazia acompanhamento no CAPS - Centro de Atenção Psicossocial de sua cidade. Ao entrar em contato com a psicóloga que o atendia nessa instituição, teve-se a informação de que o acompanhamento não era constante, pois o paciente

faltava com frequência. Quando Flávio comparecia era medicado e recebia atendimento da equipe, porém com dificuldades, pois segundo ela, o paciente era muito inquieto. A psicóloga do CAPS também informou que Flávio já dissera à equipe que queria morrer para encontrar o pai e que ouvia vozes de demônios que ordenavam a ele que engulisse ferro para ficar forte.

O jovem rapaz chamava a atenção no hospital por estar sempre andando pelos corredores, não conseguindo ficar no leito, conversando sempre com os pacientes e profissionais e pedindo cigarro ou café. Por diversas vezes os atendimentos foram realizados em uma parte do hospital onde as pessoas vão fumar, pois o paciente não conseguia ficar no leito e se caracterizava realmente por uma inquietação, como dissera a psicóloga do CAPS. Ao mesmo tempo, era mais tranquilo atendê-lo na parte aberta do hospital, quando ele conseguia se sentar por alguns instantes; por outro lado, era também angustiante, já que o paciente se misturava às movimentações existentes no local. Sendo assim, por vezes, atender Flávio era uma grande confusão. Ele levantava abruptamente para conversar com outras pessoas, olhar algo de perto, ou simplesmente encerrar o atendimento. Fui de fato dispensada várias vezes por Flávio. “Então tá, viu? Vou lá”, dizia com um sorriso no rosto e dando leves tapas de despedida nas minhas costas ao decidir que já não tínhamos mais o que conversar.

Flávio viveu muito tempo nas ruas, e atualmente mora na casa do tio, mas ainda frequenta muito o ambiente antes vivenciado. Com frequência relatava sua saudade das ruas e o seu desejo de “passear”. Quando questionado sobre o que seria esse passear, diz “Ver as mulheres, comer coisas gostosas, conversar”. Relaciona por algumas vezes, quando não nega, a ingestão de metais a um desejo de morte ou uma fantasia de força. “Eu já engoli correntinhas, meu pai engolia correntinhas, sabia? Ele era forte. Olha aquele rapaz (aponta para um jovem sentado nos bancos do hospital) acho que ele engole correntinhas, as mulheres gostam”. “A gente engole isso aí porque quer morrer”, respondeu irritado ao ser questionado

por que engolia metais. Em outro momento também manifestou uma irritação quando se menciona a respeito disso dizendo: “Ninguém engole essas coisas não, você engole? Você está gorda desse jeito, o que você engole?”. Em seguida, diz que plástico pode ser engolido, ferro não. E que além disso, ele mora na rua e eu não entendo que as coisas são difíceis e ele tem que trabalhar, mas nunca trabalhou. Nessa época, início de sua internação, não era raro o paciente se incomodar com os atendimentos e se mostrar rebelde. Solicitou uma vez “sai do meu pé, tia”. Ao mesmo tempo, porém, me chamava quando me via e direcionava alguma fala a mim.

Em um dos atendimentos Flávio articulou melhor a sua compreensão delirante sobre a ingestão de metais. Disse que havia sido internado porque engoliu ferro, entre os objetos ingeridos citou “uma chavinha e uns pregos”. Segundo ele, engolir a chavinha (ferramenta) é complicado, pois sangra o estômago. Já quando engole fios, ele se torna violento e capaz de roubar carros. Nesse momento retorna a explicação sobre as correntinhas e o seu poder masculino. Diz que o pai engolia correntinhas, mas em seguida se pergunta se realmente isso ocorria. Em seguida, diz que o pai morreu devido a um derrame e me questiona se derrame é tiro. Digo que não, que derrame é quando uma veia presente no cérebro se rompe e sangra. Ele se mostra espantado e questiona se ele também vai ter derrame e, caso tenha, se morrerá. Digo que derrame não é algo que se escolha ter, e que muitas pessoas têm derrame, mas não morrem. Ele então diz que caso tenha uns três talvez morra e segue dizendo-se decepcionado, pois apesar disso ele é “ruim para morrer”.

Flávio apresentava uma relação ambivalente com a morte. Desejava e não desejava. Tratava dessa questão com ambivalência e confusão, assim como a ingestão de metais, que ora era solução mágica, ora escolha para morte e também ordens alucinatórias.

Segundo o paciente, os médicos eram os únicos que cuidavam e se preocupavam com ele. Ao mesmo tempo mostrava-se ambivalente, dizendo que hospital é lugar de morrer e que deseja ir embora. Mostrava também uma desconfiança com a equipe, acusando os profissionais de colocarem alguma substância em sua água para que ele morresse. Nesse mesmo atendimento o paciente diz que ia morrer mesmo, que não tinha jeito. Começa então a discursar sobre a morte, dizendo que iria morrer quando os corpos saíssem de seu corpo. Pergunto que corpos eram esses. Responde que eram os corpos que as vozes o mandavam engolir. Este é um dos únicos momentos em que Flávio fala sobre alguma alucinação auditiva e a presença de vozes.

O paciente relatava que seu pai e sua mãe morreram quando ele ainda era adolescente e, a partir de então, ficou sozinho. Tinha uma irmã de quem sempre falava, mas nunca encontrei no hospital. Uma vez por semana recebia a visita do tio que era seu responsável legal e quem levava cigarros para a semana (um pacote), mas que ele fumava em menos de um dia, voltando a pedir cigarros às outras pessoas. Havia uma voracidade em Flávio, uma agitação, uma incontinência. Por vezes falava que tinha irmãos famosos, como o cantor sertanejo Zezé de Camargo. Demonstrava muita vontade de ter uma casa e uma família. Pedia sempre para que eu o levasse para minha casa. Quando o seu discurso se tornava repetitivo, normalmente o não ter era o conteúdo que retornava. O que mais se ouvia de Flávio, principalmente em seus momentos mais críticos, era o não ter casa, o não ter ninguém, não ter pai nem mãe, o querer ir embora para a rua.

No único contato que se conseguiu com o tio, este conta que o paciente perdeu primeiramente a mãe por volta dos 12 anos. Ele foi, então, morar com o pai, mas o pai bebia muito e não recebeu bem o filho, assim como a nova família que ele constituía. O paciente então começou a morar com parentes, mudando diversas vezes de casa, até que em certo

momento foi morar na rua. Contou também que Flávio era um adolescente com uma vida até então “normal”, mas que mostrava certa obstinação com o trabalho de mecânico. Quando trabalhou em uma oficina mecânica passava horas a fio, inclusive noites, arrumando as peças mecânicas. O pai, ainda nesse período da adolescência, também morreu, após um acidente vascular cerebral. O tio conta que o pai do paciente era um homem “fraco”, diferente daquele que surge no discurso do paciente, ainda idealizado, como potente. Flávio mantém viva uma figura paterna infantil, a figura do herói.

Por volta dos 16 anos o paciente começou a se mostrar confuso e apresentar uma fala delirante. Segundo o tio, o jovem apresentava também, nessa época, crises bem parecidas com crises convulsivas, ocasião em que perdia a consciência e tinha espasmos musculares. Já a ingestão de metais teve início depois, aproximadamente dois anos antes da atual internação.

O tio contou ainda que o paciente tinha dificuldades de ficar em casa, insistindo em ficar na rua. Na cidade pequena já é figura conhecida e recebe diversas prendas das pessoas. Conta que o paciente por vezes é “bonificado” por algumas pessoas que incentivam sua ação de engolir objetos, como em um show de circo, ressaltando o bizarro. Foucault (1972) em seu livro *A história da loucura*, mostra que o *status* do louco, enquanto animador, já existia na França até a Revolução, quando haviam os loucos célebres expostos ao público, como uma espécie de entretenimento.

Segundo informações da família e também da psicóloga do CAPS, o paciente já fez uso de drogas, mas não se caracteriza como dependente químico, pois o uso se fazia eventualmente, quando lhe ofereciam na rua. O uso parece se fazer ao colocar a droga na boca como tudo o que lhe oferecem, equivalendo-se à comida, ao cigarro, à bebida e até mesmo aos metais.

Nesta última internação o paciente dizia que seu tio o traiu, pois teve uma filha. O paciente falava sobre isto com certa revolta e em tom de indignação. “Meu tio não podia fazer isso comigo”. Dizia que a criança “vai comer tudo agora” e que não iria “sobrar” comida para ele. Angustiava-se ao pensar na criança com uma vida normal, dizendo-se indignado, pois a menina iria comer, casar e ter filhos. Tudo o que ele dizia querer para si.

Desamparo, desestrutura e certo carisma marcavam o paciente. Tal caso mobilizou muito a equipe (enfermagem, médicos) que por diversas vezes transformou o trágico caso do paciente em algo cômico, apelidando-o de Magneto (personagem do filme *X-men* que tem o poder de atrair metais). Constantemente alguém da equipe me procurava para ter informações do paciente. Perguntavam se ele era assim porque o pai também engolia algo (diziam ter ouvido isto dele uma vez), interessavam-se sobre sua situação familiar, e por vezes abusavam do ar cômico que o paciente apresentava. Realmente, Flávio tinha uma veia cômica. Por vezes me deparei dando risadas ou me esforçando para não rir quando ele me interrompia com alguma fala ou comportamento inesperado, inconveniente e até mesmo bizarro. A equipe observava as brincadeiras com o paciente como uma forma de lidar com sua própria angústia ao ver um jovem desamparado, com a saúde comprometida e com poucas e pobres formas de sustentação. Ao mesmo tempo em que se buscava o humor, demonstrava-se angústia e preocupação ao pensar o que seria do paciente se ele não parasse de engolir esses objetos. Afinal, a cada ingestão desenfreada, uma cirurgia era feita, seu abdômen era aberto e seus órgãos ficavam comprometidos.

O paciente falava sempre da vontade de ter um lar, ter uma esposa e trabalhar, mas que não conseguia. Por várias vezes pediu para que eu o levasse para minha casa, por vezes conseguia entrar em contato com sua angústia, dizendo: “Meu caso não tem mais solução, né?”. Na última internação, notou-se uma maior desestrutura nos primeiros dias, quando

comparado ao contato da internação anterior. O paciente era constantemente encontrado deitado nas dependências do hospital dizendo que iria morrer. Ele dizia também que o seu corpo estava fraco e caído.

Nos relatos do paciente a questão do comer era recorrente, associada a algo afetivo, de prazer e desprazer. Penso até que ponto a “escolha” psíquica do ato de ingerir metais, tida como incontrolável, era uma forma psicótica de busca de certa reestruturação psíquica. Entre isso tudo o paciente se colocava cada vez mais em risco, aproximando-se da morte tão falada nos atendimentos, às vezes como desejo. “Se Deus pesar a mão mais forte em mim, eu não vou aguentar. Vou partir desse mundo, meu corpo vai partir na terra.” “Eu quero morrer, não tem jeito não. Tem que deixar morrer” (sic).

Flávio traz certas angústias sobre essa mudança, perguntando-se e me indagando sobre a morte. Em um desses momentos, somos surpreendidos com a cena de corpos cobertos que passam sobre uma maca, próximo a nós. Ele pergunta se as pessoas da maca estão mortas. Digo que sim, que algumas pessoas morrem no hospital, mas outras sobrevivem. O paciente me olha como se tivesse compreendido e silencia. Esse olhar seguido de silêncio surge em outros momentos dos nossos atendimentos. Normalmente surgem após pontuações simples, em uma espécie de tradução de situações angustiantes para o paciente.

Trago outro momento como o descrito no parágrafo anterior, a fim de enriquecermos a compreensão da relação clínico-paciente neste caso de esquizofrenia. Em meio ao atendimento o paciente estava falando sobre o tio, queixando-se do fato de estar no hospital sozinho, sentindo-se abandonado. Segue a fala dizendo que ao mesmo tempo é bom ficar distante da sua cidade natal. Lembro então de uma fala dele, sobre o mundo ser bom, mas ter seus riscos, e concluo que talvez fosse melhor que ele ficasse um pouco por ali. Ele concorda e faz de novo o olhar e o silêncio, como se nesse momento estivéssemos falando a mesma

língua. Seguindo ainda no mesmo atendimento, o paciente começa a me direcionar perguntas pessoais. Pergunta o que eu era do assistente social, digo que não sei de quem ele estava falando. Depois pergunta sobre minha mãe, quem era ela. Digo que ela não trabalha no hospital. Pergunto-lhe o que ele gostaria de saber sobre ela. Ele sorri e diz que nada. Aproveito e pergunto sobre a mãe dele, já que poucas vezes ele falou sobre ela, pois sua fala trazia principalmente o pai. Diz que a mãe morreu com câncer no estômago e fica calado. Em seguida muda de assunto e fala que deveria ter trazido calça e sapato. Chama a atenção para os seus pés e pede que eu os observe. Digo que percebo que eles estão ressecados e pergunto se ele se incomoda de falar sobre sua mãe. Ele responde primeiro dizendo que não, pois é irmão do Zezé (cantor sertanejo). Depois diz se lembrar dela e que recorda de dormirem juntos. Flávio fica calado e se levanta, vai pedir um cigarro e encerra por si a sessão. Tais momentos revelam uma possibilidade de ligação, mesmo que breve, com o paciente. O que seria possível discutir sobre este tipo de ligação, será feito no capítulo 5 destinado ao tratamento.

A fala sobre o corpo também era algo recorrente nos atendimentos, demonstrando uma degradação do corpo imaginado por Flávio, mas também o corpo real. Nos dias em que estava em crise, seu discurso era bastante ligado a esse corpo que iria se partir; dizia perceber e sentir seu corpo caído. Um dia disse que queria ser igual a mim, ter um “corpo forte, ter uma casa”. Percebia que nessa fala o que ele queria era ter uma estrutura que se sustentasse. Em um dos atendimentos, disse que tiraram sua boca para comer, e que por isso queria ir embora. Trazia outras desconfigurações corporais, como a crença de que seu corpo se desmancharia e que tirariam sua perna. Trouxe por diversas vezes que sentia seu corpo diferente nos últimos tempos, como se estivesse velho e fosse morrer. Revelou, certa vez, que sentia que o seu desejo pelas mulheres não era mais o mesmo. Isso o preocupava.

Na busca angustiada de “ajudá-lo” (ou me ajudar?) a compreender esta tal ingestão de objetos, eu insistia em falar sobre isto em um atendimento. O paciente me diz em tom irritado “o que você quer comigo?”(sic) . Digo que de certa forma estou ali para ajudá-lo. Ele então diz: “Ninguém ajuda ninguém não. Você quer que eu dirija um carro, que eu dirija um carro (faz movimento de dirigir)”. Percebi ali que o caminho era outro, não era lhe impor angustiadamente uma condição de estrutura que ele não tinha, mas sim dentro da sua desestrutura buscar formas de bordeamento, amparo, para seu psiquismo e sua desorganização. Eu queria que Flávio dirigisse um carro e ele não podia, ou não sabia dirigir um carro. A partir desse momento o atendimento caminhou para outro nível. Algumas vezes utilizei uma intervenção próxima da dos acompanhantes terapêuticos, andando com o paciente pelo hospital, sentando com ele na praça de fumantes e ali conversávamos. Ouvi de minha supervisora do hospital que era sim um “papo de maluco”, mas um papo de maluco que poderia introduzir elementos sustentadores e importantes ao paciente. Na sua inconstância (ele levantava em busca de cigarros, conversava com outras pessoas, começava a cantar no meio dos atendimentos) conseguíamos atendimentos em que o paciente colocava sua angústia de desamparo, suas preferências, seus delírios e ali o trabalho surgia.

Na maioria das vezes, o atendimento com Flávio caracterizava-se como divertido. Havia momentos muito espontâneos, criativos e até mesmo engraçados na relação terapêutica. Esta característica aparecia quando já não estava mais na crise inicial mencionada anteriormente. Entretanto, essas brincadeiras traziam outro componente, eram muitas vezes também constrangedoras, pois ele se tornava invasivo. Certa vez o atendi em meio ao corredor na sua primeira internação. Era o segundo contato que tínhamos, estávamos outra residente da psicologia e eu. Pouco antes do final do atendimento, provavelmente antecipado pelo fato a seguir, o paciente começou a tocar seus genitais por dentro da bermuda, e continuou conversando normalmente. Apesar de ocorrer em um primeiro momento a masturbação, o

paciente não parecia estar se masturbando, mas estar mexendo sem erotização em seu pênis, como se estivesse brincando. Eu, que conduzia o atendimento fiquei tomada pela cena e paralisei. Busquei uma forma de encerrar o atendimento, pois tomada pelo constrangimento não consegui pensar uma forma de intervir analiticamente. Encerrei e disse que voltaria depois. Foi nesse momento que me despedi e ele estendeu a mão que estava dentro da bermuda para cumprimentar-me. Segurei em seu pulso, me esquivando. E o mesmo ele fez com a outra psicóloga que me acompanhava.

Outro momento que demonstra uma espontaneidade invasiva aconteceu na segunda internação. Nós já havíamos tido um número considerável de atendimentos e estávamos na área de fumantes, como de costume. Durante o atendimento eu de certa forma incentivava para que ele falasse mais sobre si, no momento em que eu assim agia, ele começou a declamar como se declama uma poesia, a letra de uma música sertaneja. *“Em plena sexta-feira fui tentar me distrair. Chegando na balada, toda linda eu te vi. Você no camarote e eu rodado no pedaço, caçando um jeitinho de invadir o seu espaço. Não tenho grana, não tenho fama, não tenho carro, tô de carona. O meu cartão tá bloqueado e o meu limite tá estourado. Sou simples, mas eu te garanto eu sei fazer o lelelê.. Lelelê, lelelê, se eu te pegar você vai ver...”*. Novamente fui surpreendida por ações sexualizadas de Flávio. A condição erótica e afetiva dessa música diz muito sobre Flávio, parece demonstrar novamente a sua visão de que eu seja superior. Parece dizer que ele não tem nada sofisticado, não tem limite, pode não ter muita coisa, mas há um componente sexual, mesmo que primitivo.

Era também desafiador atender Flávio, gerando um adiamento na minha posição de terapeuta. Em alguns momentos havia uma procrastinação para atendê-lo. Como o período de prática no hospital era durante todo o dia e ele estava internado, havia a opção de escolher um horário para atendê-lo. Observei-me algumas vezes deixando o atendimento para mais tarde,

pela dificuldade que ele trazia, mas sempre o atendia. Mais de uma vez eu sentia uma impotência, pois é difícil atingir níveis ideais de uma clínica iniciante, principalmente tratando-se do atendimento de um esquizofrênico. Ao mesmo tempo a cada atendimento eu saía com certo deslumbramento em ver o funcionamento psíquico tão próprio. Enquanto clínica iniciante, eu era pega pelo enigmático e pelas novas descobertas. Provavelmente seja esta a razão da escolha deste caso clínico para esta pesquisa, o deslumbrar do clínico iniciante frente ao enigmático e à novidade da esquizofrenia.

O paciente foi atendido nessa última internação por volta de 20 dias, quando foi então levado para a Enfermaria de Cirurgia, sendo que os cuidados foram transferidos para a Psicóloga responsável pela Enfermaria. Depois de uma cirurgia para a retirada de alguns objetos restantes no trânsito gastrointestinal, e após os cuidados pós-cirúrgicos, o paciente foi transferido para a unidade de internação psiquiátrica.

### 3. COMPREENSÕES SOBRE A ESQUIZOFRENIA

Neste capítulo trataremos sobre a esquizofrenia, passando primeiramente pela sua construção na Psiquiatria Clássica, buscando o entendimento da concepção da demência precoce e da esquizofrenia. A proposta seguirá através da compreensão de Freud sobre a psicose, a partir de seu olhar para a paranoia e a distinção que fazia entre psicose, paranoia, esquizofrenia e parafrenia. Por fim, finaliza-se o texto com a constituição da esquizofrenia por Piera Aulagnier, autora que mais claramente propõe uma introdução à psicose pela fase oral.

#### 3.1. Da demência precoce à esquizofrenia -- Observações sobre o conceito e a psiquiatria clássica

Emil Kraepelin foi um importante médico psiquiatra no final do século 19 e começo do século 20, autor do famoso *Compêndio de Psiquiatria*. Em sua quarta edição, propôs o termo *Demência Precoce*, mas só em sua sexta edição ela se tornou uma categoria nosológica, demonstrando que o conceito foi sofrendo variações (Berrios e Porter, 2012).

Em 1893, na quarta edição, Kraepelin trouxe os processos degenerativos, diferenciando a demência precoce, com as variações da catatonia e do que chamava de demência paranoide. Na quinta edição o termo surge como um transtorno degenerativo, e na sexta edição, a demência precoce surge como uma categoria nosológica bem descrita, caracterizando-se por

um pobre diagnóstico e um defeito orgânico de base. O conceito foi se ramificando pelas formas catatônica, hebefrênica e paranoide, até que na oitava edição do *Compêndio de Psiquiatria* já apresentava dez subtipos (Berrios e Porter, 2012).

O termo “demência precoce”, proposto com maior descrição e abrangência por Kraepelin, sofreu a influência de outros estudiosos. A própria nomenclatura já havia sido mencionada por Morel na França, como uma degeneração (*dégénérançé*) ou estupidez desde a juventude. A Hebefrenia, foi um conceito iniciado por Hecker, como um estado demencial de pessoas jovens. Além de Kahlbaum, que através de observação do paciente ao longo da vida, trouxe importantes contribuições a respeito da catatonía e os distúrbios psicomotores (Berrios e Porter, 2012 ).

Kraepelin trazia uma abordagem observacional e empírica, contribuindo para a construção de uma entidade nosológica com sintomas obrigatórios (Berrios e Porter, 2012). Trabalhou a demência precoce como uma loucura de evolução progressiva, com o fim em um debilitamento psíquico e importantes distúrbios afetivos. Entretanto, sofreu críticas a respeito do determinismo sobre a demência e a menor consideração sobre a desintegração (Ey, et. al., 1978).

Bleuler, em 1911, propõe o termo esquizofrenia, entendendo os doentes não como dementes, aumentando a consideração sobre o processo de desintegração, sobretudo da capacidade associativa. Ele propôs a alteração no pensamento, tendo como grande influência pensadores da psicologia do inconsciente, como Freud, Abraham e Jung. Utilizou os conceitos da formação do sonho e dos complexos inconsciente para ampliar o entendimento dos processos mentais da esquizofrenia, o que o colocou além do movimento descritivo de Kraepelin. Mas também não ficou imune às críticas, sendo apontado como autor de uma abusiva extensão do grupo da esquizofrenia e da perda de critérios precisos (Ey. et. al, 1978 ).

Aprofundar-se na construção teórica da esquizofrenia, realizada por Eugen Bleuler, torna-se aqui necessário, a fim de ampliar a compreensão do *pathos* na esquizofrenia, já que esse autor supera a descrição de sintomas, buscando compreender um funcionamento mais integrado sobre a sua desintegração.

### **3.1.1. Bleuler e a proposta de uma teoria sobre a esquizofrenia**

Bleuler (1911) dá um passo importante na compreensão da esquizofrenia, que inicia com sua nova nomenclatura, que exclui o irremediável processo demencial envolvido no nome “demência precoce”. Mas, além disto, oferece a proposta de um olhar abrangente sobre os processos esquizofrênicos fundamentais, fundamentados, sobretudo, na associação e afetividade comprometidas de forma peculiar nesses pacientes.

Bleuler (1911) deixa claro que a esquizofrenia que ele propõe se caracteriza por uma típica alteração do pensamento, sentimento e da relação com o mundo externo.

Nessas alterações singulares, a personalidade perde a unidade e um conjunto de complexos passam a dominar a personalidade, e ao mesmo tempo uma série de ideias e impulsos ficam segregados, sem articulação com outras ideias e impulsos. Essa fragmentação das ideias, torna a elaboração de seu pensamento, em grande parte, ilógica. Assim, os conceitos deixam de ser completos, revelando uma problemática quanto ao processo de associação de ideias e conceitos (Bleuler, 1911).

Esta falha na associação de ideias e conceitos, acaba por interferir diretamente na comunicação com os outros indivíduos, que tendem a observar com estranheza as colocações associativas dos esquizofrênicos. Afinal, o pensar de repente se interrompe em meio a um

pensamento, ou ocorre um bloqueio na passagem para uma ideia conseguinte. Há também os momentos em que novos pensamentos surgem em meio a um pensamento que está sendo articulado, desarticulando a ideia inicial e interrompendo sua continuidade (Bleuler, 1911).

Bleuler (1911) revela ainda que, nos casos mais graves, parece faltar expressões emocionais e afetivas. E nos casos mais leves, há uma estranha proporção na intensidade das reações afetivas em relação aos acontecimentos.

Para o autor, a problemática nas associações e na afetividade compõe uma expressão fundamental da esquizofrenia. Os outros sintomas por vezes observados, como alucinações, ideias delirantes, confusões, estupor, mania e flutuações afetivas, e os sintomas catatônicos, apresentam-se como sintomas acessórios; ou seja, são sintomas não específicos e não fundamentais à esquizofrenia. Eugen Bleuler (1911) acredita que esses sintomas são fundamentais para o diagnóstico, principalmente em hospitais, e podem revelar um caráter esquizofrênico.

Torna-se importante então, para esse autor, a diferenciação da esquizofrenia em relação às outras formações psicopatológicas, principalmente no que se refere à organização sintomatológica fundamental e acessória. Diferencia, portanto, a esquizofrenia das psicoses orgânicas, dos estados epiléticos, do retardo, da paranoia, do alcoolismo, do *delirium tremens*, das formações maníaco-depressivas e da histeria.

Todas essas diferenciações são importantes para a clareza da singularidade da esquizofrenia. Entretanto, torna-se importante para a melhor construção da ideia proposta neste capítulo, a diferenciação principalmente da paranoia, pois ela se insere na ideia psicanalítica sobre o conceito geral de psicose, assim como a esquizofrenia.

Bleuler (1911) percebe a paranoia como uma manifestação de construções delirantes, mas com algumas partes lógicas e sem perturbações que afetem outras funções mentais, ou seja, sem o sintoma de deterioração. Isto é o que a diferencia da esquizofrenia, que não tem as

ideias delirantes em primeiro plano como a paranoia, mas sim sintomas básicos e específicos em todo o seu curso.

Pensando então que alguns sintomas da esquizofrenia estão presentes em todos os casos e em todos os períodos nos pacientes, apresentando uma complexidade, já que trazem diversos aspectos, é importante que seja delineada mais profundamente a compreensão dos sintomas fundamentais.

Os sintomas fundamentais consistem em transtornos da associação e da eficácia, a predileção pela fantasia em oposição à realidade, e a inclinação a divorciar-se da realidade (autismo). (Bleuler, 1911, p. 21, tradução nossa)

O primeiro aspecto fundamental da esquizofrenia que Bleuler (1911) traz é a associação. Na esquizofrenia, as associações perdem a continuidade pelas interrupções nas ligações associativas do pensamento. O pensamento mostra-se ilógico e extravagante, já que tende sempre a fazer novas ligações que atravessam as ideias que ficam incompletas e incoerentes.

Por vezes, muitas ideias são condensadas em uma só, produzindo uma complexidade no pensamento que o esquizofrênico não consegue sustentar. Há igualmente uma tendência também, a uma estereotipia do pensar, apegando-se a uma ideia e gerando uma espécie de monoideísmo (Bleuler (1911)).

Apresentam por vezes, um aumento no fluxo de ideias, gerando uma obstrução no pensamento e a falta de um conceito de fim. São pensamentos subordinados a uma ideia geral, mas que não se articulam e nem se direcionam a algum conceito unificador, ficando sem sentido (Bleuler, 1911).

Bleuler (1911) traz uma ilustração comparativa na qual parece que o esquizofrênico misturou algumas ideias de alguma categoria em um pote. Depois de misturadas elas parecem ter sido sorteadas e ligadas entre si por uma forma meramente gramatical ou por imagens. Ou seja, a expressão fica desconfigurada ao interlocutor.

É comum o esquizofrênico se perder em associações aparentemente irrelevantes e não conseguir produzir uma cadeia de pensamentos uniforme. Muitas vezes, por mais que pareçam sensatas as associações, revelam um fundo estranho e extravagante ao serem observados (Bleuler, 1911).

Segundo Bleuler (1911) frequentemente o paciente abandona um pensamento naturalmente, e segue com outro totalmente diferente, sem nenhuma ligação com o anterior. Esse pensamento dissociado pode muitas vezes ser nomeado como uma confusão, pois o processo de pensar se configura em imagens desintegradas, isoladas ou unidas aleatoriamente. Assim, a confusão mental é mais um resultado da perturbação na associação do pensamento do que um sintoma fundamental.

O autor ainda revela a propensão de alguns pacientes se queixarem de um transbordamento do pensamento, uma espécie de urgência no pensar, em que o pensamento toma uma força incontrolável. Em seguida, geralmente há um esgotamento revelado por obstruções do pensamento. Bleuler (1911) ainda deixa claro que a obstrução do pensamento é diferente da inibição do pensamento; a primeira se revela por uma perda do pensamento, e a segunda por uma ocultação.

Flávio apresentava um processo associativo bastante desintegrado, conforme revelado pelo seu discurso nos atendimentos. A falta de continuidade em uma ideia proposta inicialmente, e a construção ilógica por fragmentações de conceitos se mostravam presentes. A comunicação ficava prejudicada, obviamente, e as sessões se caracterizavam por uma complexidade confusa, revelando este problema associativo. Assim, pensa-se na associação livre da esquizofrenia enquanto um conjunto de ideias fragmentadas e obstruídas, com ligações incoerentes e subjetivas ao paciente, condensando conteúdos excessivamente em uma ideia, pulando de um tema a outro sem articulação.

No primeiro atendimento ao paciente, nota-se um monoideísmo em relação ao fato de Flávio não ter pai, não ter mãe, não ter casa. Em meio à crise e à gravidade de sua situação ao adentrar o pronto-socorro, a desintegração do pensamento se revelou nitidamente. Havia uma grave obstrução na ligação das ideias de Flávio, constituindo apenas uma via que retornava para a mesma ideia.

O segundo ponto fundamental na constituição esquizofrênica é, para Bleuler (1911), a afetividade. Para ele, há um processo de deterioração emocional na esquizofrenia. Assim, uma psicose aguda se revela crônica ao desaparecerem as emoções do paciente. Nos pacientes mais graves, nas últimas etapas de sua vida, o afeto deixa de ser manifestado por anos. Tornam-se pessoas inexpressivas, indiferentes, passivas, sobretudo os pacientes institucionalizados. Essa passividade se torna grave, ao passo que o instinto de conservação deles é reduzido a zero.

Nos casos mais leves, a indiferença afetiva pode estar ausente ou dissimulada. Quando revelam vivas emoções, nota-se uma extravagância ou unilateralidade. Bleuler (1911) oferece como exemplo os reformadores do mundo, ou os fundadores de uma nova religião.

Observa-se também uma transição de um estado de euforia para outro de indiferença, ou uma mistura de ambos. Nos hebefrênicos, o autor percebe essa indiferença como uma futilidade; os afetos não se aprofundam, assim como podem apresentar uma grande oscilação ou uma grande rigidez.

Há uma importante propensão nesses pacientes a uma inadequação do afeto, bem como uma grande labilidade. As mudanças são repentinas e injustificáveis, por vezes também acompanhadas de mudanças na personalidade. A labilidade corresponde aos pensamentos dissociados, revelando igualmente uma espécie de capricho, ao defender suas emoções e não sentir-se desagradado (Bleuler, 1911).

A irritabilidade é um afeto muito comum nesses pacientes, principalmente nos institucionalizados. Segundo Bleuler (1911), a irritabilidade está relacionada ao sistema de ideias delirantes e ao negativismo (propensão a negar-se ou contrariar). Torna-se difícil lidar com esse elemento irritável, já que o mundo é visto como ameaçador. Podemos dizer, portanto, que o esquizofrênico se irrita com a presença do outro.

No caso clínico, por diversas vezes detectava-se uma irritabilidade no paciente. Essa irritação surgia quando a presença do clínico se fazia de forma mais ativa e questionadora, introduzindo de maneira violenta para o esquizofrênico, a figura de um outro. Outro rechaçado, incômodo e intolerável.

Bleuler (1911) informa que observou nos casos em que os pacientes apresentavam-se como um organismo vegetativo, que ao aproximar-se com paciência, pôde sentir a presença de emoções relacionadas com suas ideias delirantes. Isso requer tempo para estabelecer um contato com estes pacientes apáticos e emudecidos. No estabelecimento do contato, nota-se um sistema de ideias delirantes, originando desejos e temores, acompanhadas de emoções adequadas.

Alguns pacientes mostram-se preocupados com outros pacientes do hospital, e com sentimentos delicados, inclusive aqueles que se colocam de maneira violenta com o mundo (Bleuler, 1911). Nota-se que, algumas vezes, o paciente Flávio dizia palavras agressivas à clínica, e logo em seguida se mostrava arrependido e dizia, em tom sincero e agradecido, que ela era boa com ele. Esta labilidade, mistura de sentimentos delicados com violentos, revela a oscilação afetiva e incoerência do esquizofrênico ao relacionar-se com os outros indivíduos.

Quanto à ética do esquizofrênico, o autor diz que existe uma grande variedade na concepção ética, mas que poucos chegam a ser criminosos. “Pode-se confiar nos

esquizofrênicos tanto ou tão pouco como nas pessoas normais” (Bleuler, 1911, p. 57-58, tradução nossa). O que se constitui como mais grave no que toca à ética na esquizofrenia é a imprevisibilidade desses pacientes. Poucas vezes, segundo o autor, nota-se a mentira, o roubo ou as calúnias. Entretanto, a ética do esquizofrênico nada tem a ver com a ética das ideias delirantes, que são autodefesas, revelando-se uma atenção necessária a esta diferença.

Nos esquizofrênicos há uma variação de caráter que pode se entender desde agradável e amável em alguns, até vingativo, cruel e propenso ao excesso em outros. Além desses, há também os que se tornam seres pobres e inofensivos pela perda total de energia e afeto (Bleuler, 1911).

No que toca às questões corporais e seus impulsos há também uma variedade importante. Enquanto alguns se mostram vorazes, outros parecem impermeáveis à fome, ao sono, à sede. Há os que acumulam excrementos na bexiga e no reto, ou ficam em posições incômodas, sem apresentar sentimentos de desconforto. Há uma insensibilidade às questões do corpo (Bleuler, 1911).

O autor une essas inapropriações afetivas e corporais ao que chama de paratimia, uma inadequação dos sentimentos. Reagir às notícias tristes com risadas e alegria, se irritar com acontecimentos interessantes para si, risadas repentinas sem razão. Estas ações incongruentes apresentam uma formação incompreensível para os outros indivíduos.

Muitas vezes esta inapropriação também aparece no gosto e no olfato, segundo Bleuler (1911), que diz:

Muitos pacientes engolem tranquilamente objetos que produziram a uma pessoa normal sensações decididamente desagradáveis: percevejos, serragem, fio, colheres, lixo, gasolina, e claro, com frequência, suas próprias excreções, tanto líquidas, como sólidas. (p. 60, tradução nossa)

A dissociação e incoerência do ato de ingestão tocam o objetivo geral deste trabalho. Como apresentado no caso clínico, o paciente Flávio apresentava uma propensão excessiva a

ingerir objetos, sobretudo metálicos. Esse ato inapropriado gerava espanto em toda equipe, seja pelo tamanho dos objetos ingeridos, como a chave de fenda, revelando uma indiferença e/ou incapacidade à sensação de dor, seja pelo descontrole de Flávio frente a esse impulso, sem pensamento, sem capacidade de prever as conseqüências, ou seja, pela observação de que esse ato levava o paciente a uma destruição corporal intensa, aproximando-se da morte.

Por esta colaboração de Bleuler ao trabalho em questão, já liga-se um ponto importante para a compreensão da oralidade esquizofrênica, que muitas vezes se apresenta por uma insensibilidade destrutiva, marcada pelo ato de ingestão que contém algo de bizarro, indigerível aos outros indivíduos, assim como uma boca maltratada, não cuidada, depósito de qualquer coisa.

Segue-se a proposta bleuleriana dos sintomas fundamentais com o próximo ponto: a ambivalência. Cabe considerar aqui, a importância deste sintoma fundamental para este trabalho, pois nos capítulos seguintes essa questão se mostrará como pano de fundo para a compreensão da oralidade esquizofrênica e da clínica dos pacientes esquizofrênicos, pela via da ambivalência criatividade/destrutividade.

Bleuler (1911) considera uma tendência da psique esquizofrênica, conceder ao psiquismo um ponto positivo e outro negativo ao mesmo tempo, mas nem sempre explicitamente. Esta é uma consequência tão imediata dos processos irregulares de associação, que acaba por se tornar também fundamental.

O autor concebe a ambivalência em afetiva, da vontade e intelectual, as três formas não se distinguindo facilmente entre si. Normalmente, a ambivalência de afetividade e de vontade são facetas distintas de uma mesma função, e até mesmo as intelectuais podem não se separar das afetivas.

A ambivalência afetiva revela um mesmo conceito que pode estar acompanhado tanto por sentimentos agradáveis como desagradáveis. Amar e odiar ao mesmo tempo, por

exemplo. A ambivalência da vontade revela um querer e um não querer. Já a ambivalência intelectual apresenta-se quando um paciente revela uma construção sem transição de sentido entre uma ideia e outra. Há uma obscuridade intelectual que não se atenta ao afirmar e distinguir ao mesmo tempo um pensamento em uma frase (Bleuler, 1911).

Uma mistura de megalomania com delírios de perseguição e inferioridade, derivando desejos e temores, são comuns nos pacientes esquizofrênicos. O paciente se revela ao mesmo tempo poderoso e impotente, assim como uma pessoa amada pode se tornar uma perseguidora (Bleuler, 1911). Flávio dizia que os médicos estavam colocando um veneno nas injeções que ele tomava, e que elas estavam destruindo-o. Depois o paciente afirmava ser grato aos médicos, que eles eram os únicos que cuidavam dele. Há na ambivalência um contorno confuso das apropriações esquizofrênicas.

Finalizando os sintomas fundamentais propostos por Bleuler (1911), o autismo surge como uma preponderância patológica da vida interna do paciente, afetando profundamente a relação com o mundo externo. O autor trata o autismo como uma formação peculiar da esquizofrenia ao se relacionar com a realidade pela via de um desapego a ela, e um apego à vida interior. Os esquizofrênicos que não têm mais contato com o mundo externo vivem um mundo subjetivo, onde foram bloqueados os desejos e as vontades.

Nos casos menos graves, Bleuler (1911) expõe que a importância lógica e afetiva da realidade está ligeiramente deteriorada. Nesses casos mais leves, há a capacidade de desenvolvimento maior junto ao mundo externo. Entretanto, a evidência lógica de um mundo externo não tem influência sobre suas ideias delirantes; o que é contraditório às suas construções internas é ignorado frequentemente.

O estudioso revela que a relação autista com a realidade é raramente percebida no primeiro contato com o paciente. Somente após uma prolongada observação percebe-se a propensão de buscarem sempre o mesmo caminho, e quão pouco permitem serem

influenciados pelo meio. Enquanto seu entorno lhes são indiferentes, até mesmo os pacientes crônicos mantêm um contato suficiente para uma relação sem atrito. Conversam, participam, mas são sempre seletivos; não revelam seus complexos para que eles não sejam tocados desde o exterior. Há, também, os que revelam uma apatia frente ao mundo, devido a uma sensibilidade exagerada, gerada por fortes emoções que o contato com a realidade suscita a eles como ameaçador (Bleuler, 1911).

Por vezes os pacientes esquizofrênicos valorizam tanto seu mundo fantasioso, que sentem como real, e a realidade como uma ilusão. As alucinações completam este quadro, ao substituir fragmentos da realidade por fragmentos criados psiquicamente. Alguns elevam de forma tão intensa o movimento autista, que podem ter a relação com a realidade realmente excluída. Esta exclusão completa e constante se produz em um grau de estupor. Nos casos mais leves, o mundo real e o mundo autista coexistem e se interpenetram de forma ilógica (Bleuler, 1911).

A irritabilidade aparece também como consequência deste sintoma fundamental, pela incapacidade do paciente de enfrentar a realidade e não resistir aos seus impulsos e ideias. Segundo Bleuler (1911), o pensamento autista segue as suas próprias leis, sendo dirigido pelas suas necessidades afetivas e seus pensamentos fragmentados.

A partir desta construção teórica bleuleriana da esquizofrenia, pode-se enxergar o paciente esquizofrênico, e conseqüentemente Flávio, com maior clareza do ponto de vista dos processos psíquicos e sua sintomatologia característica. Segue-se como necessárias para a ampliação da compreensão da esquizofrenia neste trabalho, as contribuições freudianas sobre a psicose e a esquizofrenia.

### **3.2.A psicose em Freud – Psicose, paranoia, esquizofrenia e parafrenia.**

Em sua obra Freud dedicou-se com grande afinco ao desenvolvimento das neuroses, mas preocupou-se e contribuiu também para o desenvolvimento das psicoses. Apesar das contribuições de Kraepelin sobre a Demência Precoce e de Bleuler sobre a Esquizofrenia, preferia falar de uma esquizofrenia paranoide ou uma parafrenia, por acreditar que paranoia e esquizofrenia poderiam ter aspectos em comum, apesar de suas especificidades. Além disso, Freud tinha um receio na aplicação da Psicanálise aos psicóticos, acreditando na impossibilidade de ocorrer a transferência. Segue a discussão dos pormenores destas questões.

Freud, em 1911, publica uma importante contribuição à compreensão da psicose, “O caso Schreber”, com o qual teve contato por meio de estudos da autobiografia e escritos de internação do “paciente”. Freud mergulha no caso que enxerga e o desenvolve sob a luz da paranoia. Acredita que a paranoia é uma espécie de defesa sobre um desejo ou uma fantasia homossexual, lidando com a realidade como persecutória.

Schreber desenvolve um delírio em que se transformaria em mulher, a favor de uma teoria de salvação da beatitude humana, fruto de um plano divino. Esse delírio, digamos secundário, pousava sobre o que Freud chamou de delírio primário, o delírio de que se tornaria mulher e seu corpo seria abusado sexualmente. Enquanto desejo poderia haver prazer e repulsa, a repulsa apresentando-se como defesa em uma estrutura paranoica, com delírios persecutórios em fantasias de adoecimento corporal provocados por uma teoria conspiratória sobre um outro. No caso de Schreber, o outro é Deus ou Dr. Flechsing, médico que o acompanhou nas duas internações, assemelhando-se, na lógica inconsciente do paciente, ao caráter imperativo que seu pai possuía, sendo então elemento representativo da persecutoriedade e ambivalência.

O aspecto do delírio se transforma no percurso de Schreber. Inicia-se como um delírio persecutório, onde primeiramente Dr. Flechsing, que depois é substituído por Deus, tem um plano para prejudicar o paciente. Depois este delírio começa a ter uma conotação grandiosa, o plano externo engrandece Schreber para que ele seja um redentor, um salvador, que faria o “sacrifício” de se tornar mulher por um bem maior. O paciente relata em sua autobiografia que por diversas vezes pensou em como seu corpo seria com aspectos femininos, assim como lhe revelaram que algumas vezes fora surpreendido com adornos femininos.

Anteriormente, as crises mais intensas e os pensamentos ligados a ocupar um lugar feminino eram extremamente recusados. Com o delírio foi permitido a Schreber ocupar esse lugar de forma compreensível psiquicamente.

Para Freud (1911), a projeção é um aspecto de grande importância na paranoia. O autor afirma, a partir de constructos teóricos de vivências clínicas, que o cerne da paranoia é a defesa de uma fantasia de desejos homossexuais. Esta seria sua especificidade. A partir de “Três ensaios sobre uma teoria da sexualidade” (1905), explica a formação de sintoma ou da repressão por meio do desenvolvimento libidinal.

No percurso de seu desenvolvimento psicosssexual algumas fases apresentam possibilidades de fixação, e Freud acredita que os paranoicos têm uma fixação no estágio do narcisismo. Quando há acontecimentos que interferem na corrente libidinal, ela regride ao estágio onde apresentou fixação e, no caso da paranoia, seria o narcisismo. Isto justifica os delírios de grandeza, autorreferência e perseguição. A partir da dificuldade em lidar com aspectos internos insuportáveis, o insuportável se torna do outro. O outro odeia, o outro lhe quer mal, o outro o ama, o outro ama outro.

Na formação de sintomas da paranoia é notável, antes de tudo, a característica que recebe o nome de projeção. Uma percepção interna é suprimida e, em substituição, seu conteúdo vem à

consciência, após sofrer certa deformação, como percepção de fora. Essa deformação consiste, no delírio persecutório, numa transformação do afeto; o que deveria ser sentido internamente como amor é percebido como ódio vindo do exterior. (Freud, 1911, p. 88 )

A paranoia tem por característica um delírio que se organiza em um sentido (a teoria conspiratória, o plano); diferentemente do esquizofrênico, o paranoico não está sujeito a uma dispersão (Quinet, 2006). O paranoico interpreta e faz associações dos acontecimentos para defender-se das ameaças internas projetadas. Ao sentir-se ameaçado pelo retorno do reprimido, faz uma espécie de desligamento libidinal dos objetos, retornando ao estágio de fixação. Na paranoia nota-se que a libido retirada do objeto recebe um outro emprego peculiar. A libido retorna para o eu, devido à fixação no narcisismo. Entretanto, não quer dizer que o paranoico rompe laços definitivos com os objetos externos. Temos então a função do delírio como a tentativa de reinvestimento libidinal nesses objetos (Freud, 1911).

E o paranóico o reconstrói (o mundo), não mais esplêndido, é certo, mas ao menos de forma a nele poder viver. Ele o constrói mediante o trabalho de seu delírio. O que consideramos produto da doença, a formação delirante, é na realidade tentativa de cura, reconstrução (Freud, 1911, p. 94).

Ainda nas observações do caso Schreber, pensando sobre o mecanismo da paranoia, Freud coloca reflexões acerca da psicose, buscando limites e união da paranoia com a demência precoce e a esquizofrenia.

Acredita que a paranoia é um tipo clínico autônomo, mesmo apresentando traços típicos da esquizofrenia. O que diferenciaria uma da outra seria principalmente o ponto de fixação da libido. Na paranoia, como já dito, seria no narcisismo; na esquizofrenia seria um ponto aquém, o autoerotismo ao amor objetal. Freud declara que ao invés de demência precoce ou esquizofrenia, acredita que o termo parafrenia seria melhor empregado, já que neste funcionamento há muito da paranoia e da esquizofrenia. Diferente da paranoia, para Freud, a tentativa de cura na demência precoce não seria a projeção no delírio, mas os

processos alucinatorios, marcando uma outra diferença entre as categorias. Além destas questões, outro grande ponto que diferenciaria uma da outra é que o cerne da demência precoce não é a defesa das fantasias homossexuais, como na paranoia.

É fundamental que tenhamos claro para compreender a diferença entre paranoia e esquizofrenia, a diferença entre o auto-erotismo e o narcisismo.

Segundo Laplanche e Pontalis (1992) o autoerotismo desenvolve-se na relação da pulsão com seu objeto, a pulsão não se dirige, neste estágio, para outras pessoas, somente para si próprio.

Em conclusão, vemos que a noção que o termo “auto-erotismo” procura conotar pode ser definida com uma certa coerência a partir da noção de um estado originário de fragmentação da pulsão sexual. Tal fragmentação implica na verdade, quanto à relação com o objeto, a ausência de objeto total (ego ou pessoa estranha), mas de modo nenhum a ausência de um objeto parcial fantasístico. (...) A tendência a fazer do auto-erotismo uma fase nitidamente delimitada no tempo foi levada ao extremo por Abraham, que faz coincidir a fase auto-erótica com uma das fases da organização libidinal: a fase oral precoce de sucção. (Laplanche e Pontalis, 1992, p. 49)

O termo narcisismo faz referência ao mito de Narciso e ao amor pela imagem de si mesmo que o levou à morte. No caso Schreber, Freud demonstra que há uma fase da evolução sexual entre o autoerotismo e o amor de objeto.

Se quisermos conservar a distinção entre um estado em que as pulsões se satisfazem de forma anárquica, independentemente umas das outras, e o narcisismo, em que o ego na sua totalidade é tomado como objeto de amor, seremos levados a fazer coincidir a predominância do narcisismo infantil com os momentos formadores do ego. (Laplanche e Pontalis, 1992, p. 288)

Antes da segunda teoria do aparelho psíquico, Freud concebia o narcisismo como uma identificação narcísica com o objeto, mas após a elaboração de tal teoria desenvolve a ideia de que há um estado narcísico primitivo contrapondo as relações de objeto, o narcisismo

primário. Este estado se caracteriza por uma ausência de relação com o meio, e uma indiferenciação entre o ego e o id.

Freud desenvolve, então, outra concepção sobre o narcisismo; o narcisismo secundário. Um conceito mais próximo do que é tomado em consideração no senso comum, quando pensa-se em narcisismo. Seria o narcisismo do ego, a libido que toma o ego como objeto de amor.

Para Laplanche e Pontalis (1992) o narcisismo primário designa um estado precoce em que a criança investe toda sua libido em si mesma. Já o narcisismo secundário apresenta um retorno da libido ao ego, retirando-se das outras relações objetais. Ou seja, neste segundo momento há uma relação com um outro. Compreende-se então, o motivo de Freud atribuir à esquizofrenia uma vinculação ao autoerotismo, onde há somente objetos parciais e fantasísticos, e não um objeto externo estabelecido, nem mesmo uma relação objetal. Na paranoia, percebe-se um passo à frente na organização objetal, mas ainda sem muita conexão com os objetos externos, como no narcisismo secundário.

Quanto a outras formas de psicose, as esquizofrenias, sabe-se que tendem a resultar no embotamento afetivo, isto é, na perda de todo interesse no mundo exterior. Sobre a gênese das formações delirantes, algumas análises nos ensinaram que o delírio é como um remendo colocado onde originalmente surgira uma fissura na relação do Eu com o mundo exterior. Se essa precondição, o conflito com o mundo externo, não é muito mais patente do que agora notamos, a razão para isso está no fato de no quadro clínico da psicose as manifestações do processo patogênico serem frequentemente cobertas por aquelas de uma tentativa de cura e reconstrução. (Freud, 1924a, p. 180)

Freud compreende o psicótico e o esquizofrênico como aquele que tem o conflito com o mundo externo, enquanto o neurótico teria conflitos internos nas instâncias psíquicas. No texto “Neurose e Psicose”, de 1924, expõe que em sua concepção as neuroses narcísicas tinham conflito entre o Ego e o Superego; as neuroses de transferência conflito entre o Ego e

o Id e, a psicose, entre o Ego e o mundo externo. A irrupção de uma psicose ou psicose seria sempre a frustração da não realização de desejos infantis bastante enraizados. Sendo assim, elas denunciariam um fracasso do Ego.

Freud (1924b) no texto “A perda da realidade na neurose e psicose” relata que os dois funcionamentos têm conflitos com a realidade, e de certa forma tentam driblá-la. Porém, o neurótico não recusa a realidade, e sim a ignora; já o psicótico a recusa e a substitui.

Em “Esboço de Psicanálise”, Freud (1938) deixa evidente sua visão de inviabilização do amor de transferência na psicose, fato pelo qual acredito ser também inviável um tratamento psicanalítico da psicose. Não se pode contar com o Ego do paciente, extremamente fragmentado e incoerente. Freud (1938) crê que é de grande importância que exista alguma conservação da coerência em relação à realidade, por maiores que sejam as forças hostis. Relata, então, que muito cedo esses pacientes podem abandonar seus analistas, colocando o analista junto às partes do mundo que não interessam mais a eles. Há, assim, uma inviabilização de fazer um pacto e se engajar em prol da análise.

Assim, descobrimos que temos de renunciar à ideia de experimentar nosso plano de cura com os psicóticos – renunciar a ele talvez para sempre ou talvez apenas por enquanto, até que tenhamos encontrado um outro plano que lhes adapte melhor. (Freud, 1938, p. 186)

Muitos estudiosos da psicanálise continuaram e continuam, realmente, buscando compreender melhor a problemática da psicose; buscam planos para encontrar formas possíveis de trabalhar com esses pacientes nas instituições e nos consultórios. Tal ponto será melhor discutido nos próximos capítulos.

### **3.3. Piera Aulagnier e o vislumbre para uma relação entre fase oral e a psicose<sup>1</sup>**

---

<sup>1</sup> A autora usa por muitas vezes o termo psicose, diferenciando esquizofrenia ou paranoia quando deseja destacar uma especificidade. Assim, de acordo com essa autora, utilizar-se-á psicose, quando assim ela colocar. Assim

Aulagnier (1979) inicia seu texto “A respeito da esquizofrenia: potencialidade psicótica e pensamento delirante primário” questionando a respeito das apropriações teóricas dos psicanalistas, tanto dos conceitos psiquiátricos quanto dos próprios conceitos psicanalíticos.

Ao observarem na psicose um obstáculo onde houve um esbarro, e assim o abandono da rota comum, os profissionais perceberam a natureza peculiar à psicose. Entretanto, existe um uso que passa a ser automático, segundo a autora, de alguns conceitos-chave, como fixação, regressão, perda da realidade, forclusão. Conceitos peculiares às teorias sobre o funcionamento psicótico. Aulagnier (1979) revela que existe uma espécie de amálgama, onde muitos psicanalistas retornam e se constroem sem muito pensar nas consequências e implicações teóricas que estão inseridas em um conceito.

Outro ponto que se repete no campo da psicose é uma tendência a se ligar as causas, deixando em aberto outras questões colocadas pela psicose. Assim, sobre o que não se tem resposta, destina-se o lugar de secundário. Estas utilizações maciças e sem muito pensamento, acabam por ocultar o psicótico, que fica pouco escutado e, à parte do interesse dos estudos sobre a psicose (Aulagnier, 1979).

Tratar das condições necessárias à esquizofrenia é compreender que não são suficientes, ou seja, há o que escapa ao nosso saber, principalmente no que toma o psicótico não só como passivo, mas como participante do processo psicótico. Assim, Aulagnier (1979) traz para a compreensão da formação psicótica uma relação primordial onde algo é revelado pelo casal parental, mas também percebido e revelado pela criança.

---

como, falar-se-á da esquizofrenia quando Aulagnier especificar, ou quando julgar-se necessária a diferenciação para o presente trabalho.

Sobre o *pensamento delirante primário*, Aulagnier (1979) designa tanto na paranoia, quanto na esquizofrenia, dois lugares representativos em que o Eu cria sua relação com o mundo por meio de um enunciado sobre suas origens, interferindo diretamente na sua comunicação com os outros indivíduos. Assim, no espaço onde deveria ter se constituído o Eu, há uma construção delirante como resposta.

A construção delirante é elemento fundamental, sobretudo na questão de sua origem e seu lugar na história familiar. O psicótico se torna ativo e não passivo a essa história, à medida que percebe uma espécie de contradição no discurso que lhe é oferecido sobre ela e que poderia dizer sobre sua origem. Este discurso sobre a origem vem sempre de um outro, sendo então a primeira enunciação ao ser.

Aulagnier acaba por retomar uma questão de Freud sobre a problemática da psicose, o Eu enquanto instância afetada em sua formação. Entretanto, Aulagnier avança no fato de que ela instaura uma observação sobre a história anterior do Eu e suas implicâncias na formação da psicose. Assim, se Freud relata um embate do Eu com a realidade, regido por frustrações e demandas infantis, partindo para uma recusa à realidade, além de relacionar a esquizofrenia ao autoerotismo, ou seja, a uma relação com objetos parciais em um estágio onde o Eu ainda encontra-se indiferenciado e alienado, Aulagnier utiliza estas contribuições para compreender a estruturação da psicose a partir da relação do Eu e sua falha frente ao Ego especular, pelas vias da primeira etapa da fase oral, e da função materna enquanto primeira referência da história sobre suas origens.

Na comunicação “Observações sobre a estrutura psicótica”, Aulagnier (1963) insere importantes questões para a compreensão da formação psíquica na psicose e suas implicâncias em relação à alienação, ao corpo e às relações com o mundo.

Utilizando-se do que se passa na fase oral ou estágio oral, em particular o seu primeiro momento, a autora encontra como ponto fundamental de elucidação o encontro do Eu com o

ego especular. Afirma que é nesse ponto onde há uma distorção fundamental para a problemática da alienação inerente à psicose.

No momento do estágio do espelho, estágio no qual a criança se depara com uma imagem em que pode se alienar, a fim de se identificar e se integrar enquanto figura e indivíduo, no psicótico acontece uma alienação de outra ordem. Para que se possa entender esta ordem, torna-se necessária a compreensão do estágio do espelho como um ponto de chegada e não de partida. Assim, um passo a um momento anterior é necessário para a construção deste pensamento.

A história do psicótico, assim como de todos os indivíduos, é anterior a ele. Existe a ocupação de um lugar no mito familiar, necessário enquanto fantasia fundadora de uma relação e de uma constituição subjetiva. Vinda de um discurso de um outro, é um discurso inicialmente direcionado a esse lugar, não ao próprio indivíduo. Ao tentar encarnar o papel ocupante de um lugar e se implicar na lógica desses discursos, abre-se espaço para uma constituição subjetiva mais à frente. Aulagnier (1963) chama esta primeira cena de *primeira ambiguidade fundamental* que o discurso impõe ao homem; uma nomeação projetada a ele, em que ele se vincula e abre espaço para a subjetividade; ao mesmo tempo, um mal-entendido surge como original, sendo esse estranhamento também necessário para a inserção no mundo.

A relação mãe-filho na psicose traz uma inserção própria do indivíduo psicótico no mundo. Durante a gestação já se inicia a possibilidade de construir uma relação onde figura-se um indivíduo imaginado na história familiar e no desejo da mãe. Ao ouvir as mães dos psicóticos falarem sobre a gestação do filho, nota-se uma fala biológica sobre esse período. Falam sobre as mudanças em seu corpo, os sintomas que apresentaram e a concepção concreta do bebê enquanto embrião. Não há um discurso que faz uma colagem de uma figura ideal, um bebê com um corpo completo, ao feto. Assim, o corpo do psicótico não é imaginado pela mãe, é um corpo real no nível biológico. Segundo Aulagnier (1963) esta ilusão sobre o

bebê é necessária para que o parto não seja vivido como um luto. Da mesma forma como um corpo imaginado se mostra sexuado e autônomo, já que se figura como pronto; o corpo não imaginado não é figurado como separado da mãe.

Aulagnier (1963) insere a figura da mãe do psicótico como uma propriedade fora da lei. Elas figuram como a própria lei, diferente das mulheres fálicas que fazem a lei. A mulher fálica se identifica com o homem que o possui, em um plano de rivalidade, tentando impor sua própria lei, sendo que no plano da lei social elas se mostram rígidas e reconhecedoras da hierarquia. As mães dos psicóticos, por outro lado, não aceitam as regras, a parceria, próximas ao que a autora chama de uma onipotência autista.

Não é de se admirar que para este tipo de mulher, em que essa relação (relação primeira com o outro) sempre foi profundamente perturbada, a gravidez possa ser causa de um retorno maciço do recalçado, retorno que, se não acaba numa psicose, torna todavia psicógena sua relação com a criança. (Aulagnier, 1963, p. 17)

Assim, a organicidade na relação estabelecida na gravidez torna-se uma espécie de defesa ao recalçado das questões maternas. O resultado é um superinvestimento narcísico nesse corpo que não foi imaginado enquanto autônomo. A criança é como algo que acrescenta ao corpo da mãe. “O embrião é a testemunha que ela é a lei” (Aulagnier, 1963, p. 19). A onipotência materna acaba por reger o investimento da mãe sobre o filho, anulando de forma maciça, em uma castração avassaladora, a própria criança. Além disso, a figura paterna fica negada, desde um nível da união sexual, ou seja, sua contribuição para a constituição do filho fica excluída.

O corpo real torna-se figura-fundo da relação entre mãe e filho, como prolongamento do narcisismo materno. Assim, para as mães de psicóticos, o parto pode ser vivido como luto, já que o corpo da criança não se apresenta imaginariamente separado do seu. A criança é então vista como um conjunto de órgãos, um corpo de pedaços. E é este o corpo que figura na psicose.

Antes de ser um corpo espedaçado, a criança é um corpo feito de pedaços, pois só assim fragmentado é que pode continuar testemunhada lei materna; separada da mãe espacialmente, permanece indissolúvelmente ligado a ela ao nível daquilo que é da ordem da funcionalidade. (Aulagnier, 1963, p. 20)

Compreendendo mais esta figura materna de onde vem o discurso sobre o lugar da criança na história familiar, sua origem e sua posição no desejo do outro, podemos entender melhor a questão da alienação e da falha na relação com o ego especular.

Ao deparar-se com o espelho e uma figura completa da imagem corporal, há um encontro que possibilita uma vinculação ao corpo imaginado como uma própria imagem. Há uma passagem do ideal de ego para o ego ideal, à medida que a libido retorna para uma imagem própria, dando assim suporte para o narcisismo. Ou seja, a uma apropriação do indivíduo inicial sobre si, e o início de uma relação com o outro, ainda que em um nível primário.

Nesse momento de reconhecimento, insere-se um outro, aquele que o sustenta, enquanto contribuinte da ação de se reconhecer. A criança busca no olhar desse outro a confirmação de que no ego especular há hospedagem do corpo imaginado. Na psicose, entretanto, há uma sensação de terror nesse momento de confronto com a figura especular. O que aparece no espelho não é o corpo imaginado, mas sim o corpo real, conjunto de órgãos, mais a figura do Outro. Outro, como agente da castração, que atribui a figura de um corpo que não foi fantasiado, sendo, portanto, sem autonomia desejante (Aulagnier, 1963).

A hospedagem na figura especular, ao invés de ser de uma figura a se vincular, será ao psicótico o de uma figura da qual fugir; a hospedagem do espelho do psicótico é da castração. Assim, fica inviabilizada ao psicótico a possibilidade de identificação, fundamental no estágio especular. Aqui se insere uma problemática: a identificação do eu com o ego especular é o que suporta o desejo; assim, ao psicótico fica interdito à possibilidade do desejo (Aulagnier, 1963).

Aulagnier (1963) insere, enfim, a relação oral, como necessária à relação mãe-filho na psicose, a fim de entender o que surge no lugar da identificação ao ego especular, inviabilizada neste caso. A pulsão oral é a que se encontra preponderante na primeira figura de relação da criança, o seio materno. Este primeiro objeto é o que funda a possibilidade de experimentar o outro, exterior ao próprio corpo. A primeira relação se caracteriza, então, pela formação boca-seio já que em um primeiro momento não há diferenciação entre essas duas partes. Assim, a boca é o primeiro fragmento investido pelo indivíduo.

Fala-se, aqui, de uma primeira fase do estágio oral. Assim, neste momento o que encontra é o ser enquanto boca, é o lugar ocupante na relação com o outro. A boca, então, figura enquanto receptáculo do que vem do outro, antes de uma representação na imagem corporal. A representação implica uma identificação, estágio posterior, inviabilizado, como visto, na psicose. O que surge aqui é uma introjeção. Ou seja, uma recepção deste primeiro objeto que é o seio, enquanto equivalente imaginário do que vem do outro. A introjeção vem como uma alucinação, já que a criança alucina o seio enquanto o suga.

A introjeção por sua vez, não comporta nenhuma representação imaginária do objeto; acrescentaria que a exclui; o que ela visa, é a negação do objeto como exterior a si; o que é alucinado é o objeto, mas enquanto interior ao corpo próprio. Eis por que o mecanismo tem uma ação desintegrante, não apenas ao nível do objeto, mas ainda em relação ao Ego: introjetar alucinatoriamente o seio, é fazer-se significante boca, ou seja, objeto parcial que exclui toda possibilidade estrutural ao nível do corpo inteiro. (Aulagnier, 1963, p. 26)

Percebe-se aqui, a problemática psíquica do corpo psicótico, implicando a questão oral. O corpo não constitui senão como fragmentado, implicado na boca. Boca como fragmento revelador da impossibilidade de inserção em uma lógica que implica o outro, identificação. Toma-se a importância deste ponto ao estudo deste trabalho, no que toca à apropriação da boca como reveladora de uma problemática da psicose. Revela-se uma

oralidade outra, neste estudo do esquizofrênico, enquanto formação própria de um ego que não se identifica, apenas introjeta, negando a possibilidade de se vincular ao outro.

Assim, o seio enquanto possibilidade de confronto com o não-Eu, acaba por figurar-se como objeto parcial; assim, é a possibilidade de ser acesso do narcisismo primário, saindo do autoerotismo, e igualmente a possibilidade de encontro do Eu com o Ego especular. Isto falha no psicótico. Este espaço entre o Eu e o não-Eu fica vazio. Portanto, o Eu não faz vínculo com o Ego especular, e sim, se aliena ao corpo. Segundo Aulagnier (1963) tal fato figura a originalidade da psicose. A castração não funda uma falta, mas funda uma demanda oral, enquanto possibilidade de fuga do corpo inaceitável e castrado maciçamente pelo outro, pela alienação enquanto boca. A boca é o fragmento que possibilita um lugar no desejo da mãe, pois pela demanda oral pode satisfazer a demanda da mãe, a demanda de um corpo fragmentado e não autônomo a ela.

Enquanto boca, excremento ou pênis, ele sabe poder encontrar seu lugar na dialética materna; enquanto objeto parcial, a possui tanto quanto é possuído por ela. Esses objetos parciais são objetos de demanda da mãe, mas ao dá-los a ela, ou ao lhe recusá-los, é a seu desejo que ele responde tornando-a, através disso, tão dependente de sua onipotência quanto ele é da dela. (Aulagnier, 1963, p. 28)

Importante destacar que existe um Ego ideal na psicose, mas um Ego ideal de onipotência, que acaba por destruir a possibilidade do corpo se tornar uma unidade integrada. A falha que existe na psicose não é uma inviabilização do ego ideal, mas uma falha na constituição, que o forma como corpo espedaçado.

Aulagnier (1963) aponta a implicação desta problemática da impossibilidade de apoio no Ego especular e da alienação ao corpo espedaçado, demanda do outro, na transferência dos atendimentos aos psicóticos. Assim, ao falar de uma transferência na psicose traz duas características; se o paciente fala enquanto Ego ideal o clínico se torna objeto de introjeção, anulado em sua existência e distância; se o paciente fala como ideal de Ego, a distância é por demais longa, já que não é uma fala dele, é uma fala do outro. Assim, respeitar uma distância

é indispensável para o clínico se manter enquanto clínico, em um lugar que se aproxima da morte, já que nega o outro ou nega a si.

#### 4. ESBOÇANDO A ORALIDADE ESQUIZOFRÊNICA

O psicótico tem um corpo e uma constituição psíquica que se diferencia da neurose. Os distúrbios da oralidade têm uma desenvoltura melancólica, uma organização psíquica e corporal estabelecidas, inviáveis na esquizofrenia. Assim, para pensar na oralidade da esquizofrenia, torna-se necessário outro caminho.

Magtaz (2008) propõe em sua tese “Distúrbios da oralidade na melancolia” a hipótese de que a melancolia seria um distúrbio de oralidade por excelência. Desenvolve a ideia de uma passagem da problemática alimentar para a problemática da oralidade, a partir do momento que o objeto de amor seria a base da relação objetal pela via da oralidade. Abraham, a partir da leitura de Freud sobre a melancolia, desenvolveu, também, a ideia de que a melancolia se relacionaria de forma bastante próxima com a oralidade.

Entretanto, não há de se prolongar nesta problemática, pois como visto no capítulo anterior a relação de objeto de amor, que suporia um outro, não se desenvolve na esquizofrenia. Neste texto, sobre esta oralidade outra aprofunda-se a questão sobre o que envolve uma oralidade na psicose, já que se trata de uma outra forma de relação com o mundo externo e o outro, assim como para a existência de um corpo.

Quando Magtaz (2008) trabalha a questão da oralidade enquanto sintoma da melancolia, relacionando com a anorexia, bulimia e obesidade, e até mesmo com a adicção, compreende a questão principalmente a partir da concepção da neurose narcísica. Assim, trata-se de um conflito entre o ego e o superego, e não do ego com a realidade, como na psicose.

Magtaz (2008) coloca que o distúrbio da oralidade apresenta sintomas que colocam em risco a integridade do ego/corpo. Segundo essa autora, na oralidade existem três fases: da ingestão mental, da digestão mental e da evacuação mental. A primeira seria uma fantasia de incorporação, precedendo a introjeção; a segunda seria uma possibilidade de elaboração e qualidade do objeto, sendo que a terceira etapa se desenvolveria no trânsito entre o oral e o anal, podendo transitar do ideal de ego ao ego ideal.

No caso clínico trabalhado, a ingestão é tão desorganizada que conta com meios extremos para retirada, como a cirurgia. O trânsito psíquico do caso em questão, assim como os objetos ingeridos, não se elaboram, e sim, fixam, desintegram. Concretamente, o corpo a cada internação sai mais frágil, assim como o psiquismo. Pensa-se, portanto, que o psicótico fica fixado na primeira etapa da oralidade, a ingestão mental, já que não há elaboração e identificação com o objeto para um trânsito do ideal de ego para o ego ideal. Relembra-se, então, o que Aulagnier fala sobre uma fundamentação da primeira fase oral, ligada a introjeção, na problemática psicótica.

Assim, surgiu a proposta de um novo conceito, a oralidade esquizofrênica. O que seria esta oralidade esquizofrênica? O conceito que se visa desenvolver desenha-se em uma boca-corpo, uma desenvoltura dentro da esquizofrenia de manifestar seu sintoma através da sua capacidade de totalidade. Calligaris (1989) fala do psicótico como aquele que se sustenta nos próprios recursos, com pensamentos desorganizados dentro de um horizonte de totalidade. Ou seja, na psicose, mais propriamente na esquizofrenia, tudo pode ser qualquer coisa. Há uma espécie de função coringa nos elementos psíquicos, corporais e do mundo. Eles se encontram indiferenciados, desintegrados, podendo ser substituídos e manipulados, conforme as necessidades do psiquismo.

Sendo assim, a boca do esquizofrênico pode ser qualquer parte de seu corpo, assim como os elementos ingeridos pelo paciente podem trazer um leque de significados. Durante as crises, o paciente traz uma necessidade de ingerir metais. Ele se vê diante da desestrutura; sem descanso pelo seu preponderante saber sem dúvida, ele cinde. Cinde através da crise para possibilitar uma via de escape. Através da ingestão de metais, ele substitui os impulsos insuportáveis e cria um delírio para sair da crise.

Endossando esta ideia, Dolto (2002) traz o exemplo de uma criança de cinco anos em atendimento, que foi tomada pela pulsão de morte em seus membros superiores, que foram ficando inutilizados. Quando lhe apresentavam algum objeto para que ela pegasse, ela retraía os dedos, as mãos e os braços. Em um atendimento, Dolto oferece uma massa de modelar à criança, dizendo: “Você pode pegá-la com sua boca de mão”. A criança pega a massa de modelar e a coloca na boca. De acordo com sua erótica oral, a criança consegue compreender a fala da analista. Tais palavras só fizeram sentido porque traziam referências de uma imagem corporal ao esquema corporal. Neste caso, apesar de prejudicada, existe uma imagem regredida, mas construída.

Essa capacidade de se organizar em um esquema corporal, fonte das pulsões, guardando suas representações na imagem do corpo, provém de um trabalho de estruturação feito pelas palavras e na relação com o outro. Segundo Dolto (2012), a imagem do corpo se constrói na relação de linguagem com o outro, tornando-se um ponto de comunicação. Viver sem esta imagem do corpo no esquema corporal, é viver mudo e solitário.

O psicótico estaria submetido a uma imagem animal, imagem de coisa, sem prazer ou dor. O que existe de imagem do corpo é algo arcaico, sem palavras que o represente. Nos esquizofrênicos houve uma ruptura durante o processo de simbolização da imagem do corpo, faltando nesse momento palavras vindas do campo relacional. O indivíduo precisa, então, criar simbolização por si só para absorver tudo o que vive, gerando um código que não é mais

possível de ser comunicado. A hipótese da autora é que isto decorre do que nunca foi dito ao indivíduo ou do que foi dito, mas não foi sentido de acordo com as emoções que deveriam expressar. As comunicações com o mundo externo vão perdendo sentido, principalmente para a construção da imagem do corpo, reduzindo-se ao esquema corporal (fonte de pulsões sem representação). Cria-se uma ruptura do tempo e espaço, do desejo e da realização, dele com o outro.

Pode-se pensar, a partir dessa leitura, a oralidade esquizofrênica como uma possibilidade de esquematização corporal sem representação. Uma espécie de marca desta ruptura que não foi nomeada e empurrou o esquizofrênico a nomear por si só, criando seu próprio sistema de entendimento. Assim, na lógica psicótica a oralidade constitui um lugar plural dentro do esquema corporal, sendo campo de vivência pulsional em um estado bastante primitivo. Não chega, portanto, a se constituir como possibilidade de representação psíquica, sendo manifestação pura e simples do código criado pela esquizofrenia, afastado ou alienado à linguagem do outro.

Czermak, Hergott e Tysler (2009) no texto “Observações sobre situações de desespecificação pulsional em sua relação com as funções na psicose” perguntam: haveria uma especificidade da oralidade psicótica? Nesse texto os autores trazem diversas observações nos hospitais psiquiátricos, nas quais alguns pacientes fazem uso da boca de uma forma específica. Alimentam-se excessivamente, não se comunicam, a não ser para pedir alimentos ou cigarro, bebem água compulsivamente, cospem nos alimentos, apresentam dificuldades para deglutir, acumulam alimentos na boca, vomitam, falam de uma vontade de ingerir objetos não alimentares, engasgam, mastigam objetos, bebem água do vaso sanitário, comem papel higiênico, introduzem grandes pedaços na boca, mastigam água.

Os autores observam uma função alimentar desorganizada, tanto dos objetos quanto em seu nível de atuação. Entretanto, além do fato alimentar, outras funções orais estão

desorganizadas, como respirar. A esta desordenação, os autores buscam ligar a questão pulsional, onde existe uma desorganização e uma confusão sobre as zonas erógenas. Esta desespecificação pulsional seria a melhor forma de compreensão destes casos. Os orifícios se reduzem a um só, “uma estranha boca que pode também ser a orelha, o olho, o ânus etc” (Czermak, Hergott e Tysler, 2009, p. 35).

O que diferencia estes casos da melancolia, e sua manifestação em mania, seria a constituição pulsional de um corpo sem barragem, e que não se identifica com a imagem especular. Os autores, entretanto, buscam uma ideia de zona erógena na qual não há privilégio sobre as outras partes. A questão é que eles vão ao oposto do que é dito por Abraham, no que diz respeito a sua contribuição sobre a oralidade, enquanto um lugar mais arcaico da manifestação pulsional. Assim, eles não trabalham com a ideia de fixação, mas uma emergência pulsional. Acabam também contrapondo o que diz Aulagnier no que se refere a uma importância oral na estruturação psicótica, mas corroboram no que diz respeito a uma desespecificação pulsional que revela uma questão autoerótica.

Neste trabalho entende-se a oralidade esquizofrênica como uma desespecificação pulsional, enquanto um corpo não constituído de representação unitária sobre o corpo, sendo a boca um elemento plural na lógica fragmentária do Ego/corpo. Mas acredita-se em uma originalidade da esquizofrenia ligada à fase oral, sobretudo em sua primeira fase, como trazido por Piera Aulagnier, além da importância de um momento primário e mais arcaico, como dito por Magtaz, ao revelar estágios da oralidade. Não se trata de uma causa oral à esquizofrenia, ou um retorno libidinal por fixação à fase oral, mas sim uma originalidade oral na desconfiguração libidinal e do esquema corporal que acaba por repetir-se na lógica esquizofrênica, isto é, o que configura a oralidade esquizofrênica.

Para afunilar o que poderia ser esta oralidade esquizofrênica como manifestação sintomática da esquizofrenia, e sua função no caso de Flávio, torna-se importante para este trabalho a compreensão da concepção de sintoma e sua funcionalidade psíquica.

#### **4.1. Pensando sobre o sintoma como manifestação de *pathos* e saúde**

*Pathos* e saúde sugerem inicialmente uma oposição, mas que na clínica apresentam-se misturados, complementares e confusos. Os pacientes chegam até nós, inicialmente com uma queixa de um ou mais sintomas que podem cessar ou não. Sintomas vão sendo revelados, como se estivessem revelando algo sobre a condição do indivíduo. O sintoma vai dando sentido a uma subjetividade, que podemos dizer constituinte do que chamamos de *pathos*.

*Pathos* deriva as palavras paixão, sofrimento e passividade. Quando falamos em Psicopatologia Fundamental, segundo Berlinck (2000) estamos falando de *psico, pathos e logos*, ou seja, um discurso sobre as paixões da alma. O *Pathos* é uma condição da existência humana, que pode ser contada pelo ser, no sentido de um alargamento das experiências. O médico, através da *terapia*, seria aquele que cuidaria desta paixão/sofrimento que coloca o indivíduo num lugar de paciente, assujeitado a um outro. O médico na *terapia* possibilitaria um equilíbrio, utilizando-se da capacidade do *pathos* de ser dosado.

Para se desenvolver esta ideia, é necessário compreendermos as paixões no lugar de constituição do humano. Gori (2004), respaldando-se em Clèrembault, sugere pensarmos na paixão romântica e seu estado mais agudo e complexo, a erotomania, a fim de compreendermos a lógica da paixão e do sofrimento humano. O autor propõe que todas as formas de expressão da subjetividade humana, neurótica, psicótica ou perversa, teriam se

inaugurado a partir de uma grande paixão. Com conotação erotômana, haveria uma ilusão de que eu seria tudo para um outro, sendo então, conforme um ideal, amado. Porém este outro, que acaba não lhe “correspondendo” conforme o esperado, e que se mostra separado e indiferenciado, fundaria uma perda. Haveria, assim, um luto a ser desenvolvido por aquilo que ficou irrealizado, perdido. Esta perda constitui o micélio de todas as formações do inconsciente, bem como de todas as nossas paixões, segundo Gori (2004).

Pensa-se, então, que a partir da perda fundadora e em busca de realizar tal trabalho de luto, se produziriam novas configurações acerca de reviver e tentar elaborar tal perda inaugural. Além disto, a forma de vivenciar esta perda seria o que delinearía as formas de existir enquanto indivíduo. Aqui insere-se o *pathos*, como constituinte da subjetividade do ser humano. Pensando no *pathos* e neste sofrimento inaugural, revivido diversas vezes, pode-se pensar no sintoma como aquele que oferece suporte ao indivíduo na sua constituição e subjetividade. O sintoma é o caminho encontrado por *pathos* para se colocar no mundo e dizer algo ao outro.

Gori (2004) diz que o Outro do psicótico não tem mediação por outros, pela realidade, precisando assim se comunicar por meio das alucinações. O sintoma é uma forma de comunicar um *pathos* ao Outro e de expressão no mundo e o louco que não é como “todo mundo”, não se inscrevendo no discurso comum no campo do social, precisa de uma forma peculiar para poder falar de seu *pathos* e sua subjetividade.

Calligaris (1989) colabora nesta questão dizendo que o azar do psicótico é que a prevalência social é neurótica. A língua prevalente é estrangeira, comunica-se a partir de uma outra trama simbólica. Pensa-se, então, que não só o que o paciente comunica, mas também como ele comunica é particular e próprio. Fala-se de uma língua não compartilhada socialmente, por isso a dificuldade em falar da psicose, uma língua vinda de outra ordem, inclusive na linguagem do sintoma.

Em “Inibições, sintomas e angústia”, Freud (1926) fala sobre a formação do sintoma nas condições neuróticas, mas pode-se utilizar alguns pontos para pensar a respeito da função do sintoma. Ele traz a ideia do sintoma enquanto substituto de um impulso instintual, dentro de um mecanismo inconsciente de evitar o desprazer frente à angústia. Assim, o sintoma seria um representante de interesses importantes para o inconsciente, revelando uma solução de compromisso da trama de conflitos do ego. Na neurose o conflito é entre o ego e o id, já na psicose é entre o ego e a realidade (Freud 1924b). Ele sela um compromisso entre a satisfação pulsional e a defesa, visando restabelecer um equilíbrio.

As diferentes estruturas psíquicas revelam diferentes maneiras de formação do sintoma. Freud fala desta formação na neurose sustentando-se principalmente no recalque e no deslocamento. Na Psicose essa formação parece se utilizar mais da projeção, principalmente na paranoia, e da alucinação, principalmente na esquizofrenia. Voltando a Bleuler (1911), o fundamental no sistema é a problemática da associação no pensamento e na afetividade. Freire (1998) colabora com esta questão dizendo que a psicose busca apagar a diferença trazida pela castração, sendo a formação de sintomas fruto da recusa deste limite. Tal fala faz sentido se se pensar que diante do mundo externo o psicótico, segundo Freud (1924a) recusa a realidade e substitui, utilizando-se fundamentalmente do delírio e da alucinação. Assim, afirma novamente a característica substitutiva do sintoma.

Pode-se dizer, então, que o sintoma possui uma função também sustentadora no psiquismo, uma possibilidade de saída frente à angústia. Na psicose há um compromisso revelado quando ela se manifesta através de seus sintomas. Os delírios e alucinações contêm componentes que comunicam uma trama, em que o psicótico recusa a realidade, criando seu próprio mundo e seu próprio dialeto para falar dele. Os sintomas produzidos demonstrariam não só como este mundo funciona, como se comprometeriam com a evitação da angústia. É neste sentido que o sintoma é visto, como uma função de sustentação, uma falha que suporta o

sistema psíquico diante da possibilidade de uma solução mais destruidora. Dentro da psicose podemos pensar que ele sustenta este sistema, quando a recusa no embate com a realidade torna-se insuportável; insuportável porque não tem repertório de nomeação.

Freud, observando o caso Schreber, revela uma tentativa de cura através do delírio, uma tentativa de reconstrução do mundo. Nesse texto, Freud (1911) fala do paranoico, mas não se deve esquecer que ele defendia uma parafrenia, onde paranoia e esquizofrenia se relacionariam proximamente. Há neste ponto algo fundamental para a compreensão do sintoma dentro de uma dimensão, em que *pathos* e saúde dialogam em um lugar muito próximo, como se fossem o avesso de uma vestimenta única.

Aulagnier (1990b), ao discutir uma clínica do sofrimento, revela que o psicótico é aquele que sofreu grandes devastações quando infans, ou seja, em um momento onde não haviam defesas, nomeação, diferenciação psíquica e somática. Nesta etapa o sofrimento do corpo não chega à psique, não se metaboliza, assim como não se metabolizam os objetos ingeridos por Flávio. Um sofrimento excessivo nesta fase, sem um cuidado de consolo de um outro, marca de forma muito profunda a relação do indivíduo com seu corpo e com a realidade. Afinal, aqui o sofrimento orgânico é psíquico, assim como suas representações, representações essas diretamente ligadas às experiências psíquicas, que fazem uso das imagens do corpo, ainda primitivas nesse momento, para criar seus próprios modelos de imagem.

O psicótico seria, então, aquele que muito cedo sente o peso da realidade, sem ter condições de defender-se e nomear, já que não constituiu ainda a desenvoltura para suportar essa ameaça. Ele cria sua própria realidade para não ter que lidar novamente com essa angústia de castração. Aulagnier (1990b) apresenta a angústia de castração (imagem especular) como uma experiência reativável, revelando o encontro mundo externo-interno como fonte de sofrimento. Não seria em vão que surgiria o sintoma, como criação para

proteção do risco de encontro com o sofrimento, tendo sua finalidade econômica tanto para o neurótico como para o psicótico.

A questão que se faz entender nesse texto de Aulagnier, é que o sofrimento na psicose vem de um abandono e um esvaziamento que já ocorreram no momento em que o indivíduo se depara no espelho com a figura da castração, como visto no primeiro capítulo, ameaçando constantemente um retorno. Assim, resta ao indivíduo preencher o vazio com um perseguidor, obrigando o psicótico a viver em sofrimento, com a sensação de que a castração está sempre prestes a se atualizar. Esta figura ameaçadora que o sustenta, vela a realidade insuportável vista muito cedo, quando não pôde se defender; a realidade de poder ver a si mesmo como causa de sofrimento.

Aquilo que parece levar o ser à morte, um sintoma, um delírio, ao mesmo tempo, é o que muitas vezes o protege frente à sensação de morte. Há uma ambivalência no sintoma, fruto do compromisso do prazer com o sofrimento. Assim, Flávio, ao engolir metais, parece se aproximar e se afastar da morte. A cada internação seu corpo sai mais frágil, mais mutilado. Ao mesmo tempo, como Aulagnier (1990b) diz “o sofrimento psíquico ou somático se torna necessário para alguns indivíduos, por ser o único a lhes provar que a realidade existe, único a lhes permitir descobrir, quando do risco da perda, o investimento que os liga a seus corpos e a suas funções”.

Roland Gori (2004) concedendo uma entrevista à Mario Eduardo Costa Pereira na *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, diz:

(...) o estatuto do sintoma na pesquisa psicanalítica não poderia ser encarado como um déficit ou uma enfermidade. Apoiemo-nos no que Lacan chama, com respeito a Freud, uma promoção do sintoma; é um sinal de apelo ao Outro e não um sinal lido na perspectiva diagnóstica decorrente de uma semiologia como em medicina. ( p.172)

Sendo assim, a psicanálise visa transformar o sintoma em associação livre, escutando a estrutura do sintoma e o que ela diz sobre o indivíduo.

#### **4.2.A criatividade do sintoma**

Percebe-se que o processo de formação de sintoma contém em sua manifestação uma criação que exige um trabalho psíquico, que será nomeado de criatividade do sintoma. Conforme vistos em Freud, as diversas formações psicopatológicas podem trazer diferentes formações de sintomas. Mas, dentro desta formação, em cada especificidade há um componente subjetivo que demonstra conteúdos específicos da constituição do indivíduo.

Apesar das repetições sintomáticas que são descritas de modo geral, no caso da esquizofrenia são descritos a problemática da associação, o isolamento, a diminuição do desejo, o delírio, as alucinações. Ao exercer os sintomas no mundo há uma criação psíquica na forma de manifestá-los, principalmente através da função de deslocamento e condensação muito presente no delírio, assim como no sonho. Através destas funções há a possibilidade de um elemento substituir e conter diversos significados. Na esquizofrenia estas funções parecem estar aumentadas. No caso de Flávio, o engolir correntinhas ou chave de fenda pode conter todo um pensamento, inacessível para os outros.

Engolir metais mostra-se como um amparo para se sustentar frente ao abismo maior, diante da possibilidade de angústia. Assim, cria-se neste sintoma uma comunicação com o mundo, que ao mesmo tempo o sustenta e o defende do que o aterroriza. Para se defender da ameaça de desintegração torna-se desintegrado por si. O corpo espedaçado é uma resposta alienante que ampara o sujeito frente à visão da castração. O sintoma em cada indivíduo cria

um sentido naquela história, sendo que na esquizofrenia é praticamente impossível lê-lo, por suas apropriações desarticuladas do social, no que tange à mensagem subjetiva.

O delírio abre um campo de comunicação, uma brecha para a entrada do clínico. Permite que o indivíduo vá além da alucinação. Quando Flávio sente que seu corpo está caindo, pouco pode-se trabalhar. Mas ao falar do seu corpo, a construção delirante de que ele partirá na terra, desenvolvendo um discurso, o localiza em um lugar próprio. Ele produz uma linha que dá bordas a si e ao corpo. Com a evolução dos atendimentos, sua inconstância e sua condição delirante não cessou, e provavelmente não cessará. Mas criou ferramentas possíveis de afastamento do abismo, do insuportável e sem nomeação.

Ao contar sua construção sobre o poder de engolir correntinhas, Flávio compartilha no atendimento uma construção que até então era só sua. O delírio, visto como sintoma, e como criação psíquica do indivíduo, possibilita que o clínico tenha espaço para trabalho e o esquizofrênico tenha seus conteúdos compartilhados. O delírio demonstra que há um sentido e um propósito. Mas por vezes contém um conteúdo terrorífico. Ao compartilhá-lo no atendimento, há a possibilidade de inibir esse terror, o que é muito para esses pacientes.

Calligaris (1989) fala que o delírio constrói soluções originais aos problemas de incoerências na história, como se solucionasse um problema de comunicação. Ao começar um atendimento com um clínico, o psicótico solicita um passeio por mais um saber que faz parte de um saber total, saber este que é sua paixão, que é o que lhe sustenta.

Ao falar de uma oralidade esquizofrênica, fala-se da possibilidade de construção de um sintoma que tem um sentido na constituição psíquica deste caso. Cria-se através da compreensão desta boca plural, desorganizada e intensa, a revelação da desintegração e a representação cindida do esquizofrênico, bem como de sua lógica construída internamente. Ao dar a chance de Flávio falar oferece-se a possibilidade de que essa boca continue

esquizofrênica, mas que fale da sua condição, dos seus conteúdos psíquicos delirantes, como uma outra opção ao ato desenfreado de pôr para dentro.

## **5. A CRIATIVIDADE E A DESTRUTIVIDADE NO ATENDIMENTO À ORALIDADE ESQUIZOFRÊNICA**

Terminamos o capítulo anterior falando sobre a questão sintomática como caminho de criação e dissolução na esquizofrenia. Pensando na ambivalência criatividade e destrutividade no caso de Flávio, apresentaremos neste capítulo o trabalho deste dois elementos na atendimento aos pacientes esquizofrênicos como manifestação do *pathos*.

### **5.1.A noção de criatividade, passando pela destrutividade.**

Berlinck e Franco (2014) desenvolveram, em um texto sobre a criatividade e a psicopatologia fundamental, a ideia que o ser humano nasce prematuro, por isto já imerso em uma crise. A ideia de prematuridade se encontra ligada ao nosso cérebro ainda não formado; nascemos com menos de dois quilos de massa encefálica. E é justamente não estar pronto que faz o humano ser da crise e ser do humano. Esta crise primordial é necessária e fundamental para a existência humana e para sua capacidade de criar sobre o mundo em que se vive. Portanto, é através de uma condição de sofrimento que podemos nos constituir. No entanto, a crise do nascimento pede por cuidado, pois é um princípio fundamental de uma constituição, não um fim em si.

Através do amparo da mãe, enquanto função materna, primeiramente em uma relação de simbiose, o bebê realiza uma atividade de criação sobre a realidade existente, etapa necessária para que depois tolere perceber que a realidade imaginada já existia. Por essa ilusão de criação, chamada de ilusão de onipotência, a criança, e depois o adulto, seriam capazes de se perceberem com potência criativa frente às conseqüentes e inevitáveis crises que surgirão no decorrer da vida. A inviabilidade ou falha neste processo de ilusão e criação em uma etapa inicial da vida, suscitaria uma quebra na sustentação frente às crises ou frente à desilusão da realidade que se revela já existente. Isto é relevante para as formações psicopatológicas, inclusive a esquizofrenia.

A capacidade de criar se relaciona com a capacidade de saber viver, possível a partir deste lugar de onipotência infantil. Lugar que possibilitaria ao bebê se tornar uma criança, e um adulto capaz de se relacionar com a realidade como ser capaz de transformação, mas ciente de que aquela realidade é existente e tem a sua força. Aqueles que não conseguiram vivenciar plenamente esta capacidade de se perceberem onipotentes estariam mais fragilizados ao se deparar com a força da realidade, podendo se refugiar em uma submissão à realidade ou às ilusões. Carregariam uma falsa onipotência e uma falsa criatividade para não se relacionarem com a realidade ou consigo mesmo.

A criatividade tem relação com uma capacidade que aparece na primeira infância e pode ser mantida a vida toda. Que capacidade é essa? A capacidade de criar o mundo onde se vive. O bebê – tendo condições razoavelmente boas – cria o mundo a seu redor e nem se dá conta de que esse mundo já estava lá antes de tê-lo criado. O princípio de realidade de Freud tem a ver com a capacidade que se forma lentamente no bebê de ir percebendo e aceitando que o mundo que ele criou estava lá antes de ele tê-lo criado (...) Essa capacidade só é possível se a experiência anterior com a ilusão e com a onipotência foi vivamente vivida. (Berlinck e Franco, 2014, p. 124-125).

Pensamos como ideal um trabalho de equilíbrio nesta balança, onde não se pende exageradamente para a submissão à realidade ou a recusa da mesma. Entretanto, equilibrar

esta balança não é forçar um contrapeso com o outro lado, pois se observadas, tanto a submissão quanto a recusa, são avessos a uma mesma questão: aceitar a realidade. Isto já dizia Freud em 1924, no texto “A perda da realidade na neurose e na psicose”. Este trabalho de equilíbrio, pela criatividade e a saúde, exigiria, segundo os autores, uma junção da imaginação com o trabalho. No bebê seria alucinar o que está à sua frente e transformar. O que acontece na esquizofrenia é que a desmesura desta ação faz com que ele transforme apenas a realidade externa, submetendo-se às imagens internas. A sua realidade é constituída em detrimento da que não pode suportar.

Pensando assim, o esquizofrênico não se estabelecerá como ser criativo, mas ao se pensar que “o viver criativo tem a ver com viver uma vida própria em que o princípio da realidade não é sentido como totalmente castrador” (Berlinck e Franco, 2014), sim. Estas pessoas estariam marcadas pelas ilusões de uma realidade vivida como subjetiva, que afetariam diretamente sua articulação com o meio socialmente compartilhado. Entretanto, esta linha entre saúde e doença não pode ser tão radicalmente trilhada, atentam os autores.

Sobre isso, Winnicott (1975) diz:

É possível a uma pessoa esquizóide ou esquizofrênica levar uma vida satisfatória e mesmo realizar um trabalho de valor excepcional. Pode ser doente, do ponto de vista psiquiátrico, devido a um sentido debilitado de realidade. Como a equilibrar isso, pode-se afirmar que existem pessoas tão firmemente ancoradas na realidade objetivamente percebida que estão doentes no sentido oposto, dada a sua perda do contato com o mundo subjetivo e com a abordagem criativa dos fatos. (p.97)

Winnicott (1975) mostra, aqui, que os pacientes diagnosticados com esquizofrenia não estão definitivamente fadados a uma vida sem felicidade, sem trabalho. Seria possível a construção de um espaço de trabalho em que o paciente se perceba como vivo. Ou seja, perceba-se capaz, potente, não somente onipotente ou impotente. Para isso, tem-se que reconhecer que alguns indivíduos não contaram com a base necessária no desenvolvimento emocional, para exercer este viver criativo. Seria necessário, segundo a concepção

winnicottiana de relação terapêutica, aceitar a desintegração e reconstruí-la, se possível, dentro de um *setting* criativo. Uma relação clínica na qual o clínico e o paciente possam brincar, no sentido de se permitir sair do papel da realidade entediante e destrutiva para, paradoxalmente, melhor se integrar a ela. O mundo externo é desarticulado para o paciente esquizofrênico, pois ele percebe esse mundo por meio de percepções extremamente subjetivas e delirantes. Tem-se que reconhecer a importância desta desarticulação, pensando formas de manejá-la, a fim de se abrir espaço para a criatividade, ou seja, para um sentimento de existência.

Para Mijolla-Mellor (2005) foi Winnicott quem deu à noção de criatividade sua plena extensão. Deu à criatividade a inerência ao fato de viver, não somente à ação criadora. Sobre isso, argumenta:

A noção de criatividade aproxima-se muito mais de uma elaboração da questão de atividade do que de uma referência à produção de uma obra. Esse aspecto foi apenas esboçado em Freud, e é a Winnicott que se deve uma teorização dessa noção que se prende a uma reflexão sobre o Eu e o não-Eu e à “saída” do narcisismo originário com a criação do espaço transicional. (p.418)

Winnicott (1975) atenta para a diferença entre a criatividade na vida e a criatividade na arte. Para ele a criatividade tem a ver com estar vivo na abordagem ao ambiente externo, tornando-se ativo e vendo-se como parte da vida em comunidade. Assim, o trabalho clínico não exclui a arte como ferramenta de atendimento, mas não a simplifica como revelador de criatividade. Se fosse assim, somente a nomeada arteterapia faria sentido a estes pacientes. Não se pretende excluir as arteterapias e oficinas terapêuticas, nas quais através de atividades propostas os pacientes possam criar concretamente. Elas são de grande valor, mas acreditamos que estas atividades devem estar aliadas ao componente essencial da observação, escuta e intervenção clínica da subjetividade em sua capacidade de fomentar uma existência, para que o criar da arte seja uma forma de desenvolvimento da criatividade na vida.

Winnicott ainda diz que nos casos mais graves o que é original, criativo e potencial estaria oculto. O indivíduo, aqui, não se importaria em morrer ou viver. É inevitável se lembrar das falas de morte do paciente desta pesquisa em meio à sua crise na internação hospitalar. Todo o seu potencial era descarregado na destruição, ele não se via mais capaz de enfrentar o mundo e agir. Flávio estava imerso na incapacidade, não conseguindo, na maior parte do tempo, construir saídas para fugir dessa sensação de aniquilamento.

Por muitas vezes Flávio verbalizou seu desejo de morrer, inclusive associando a questão da ingestão de objetos. Não se pode dizer, conforme já discutido nos capítulos anteriores, que engolir metais se ligaria a essa única razão verbalizada, mas pode-se dizer que essa fala demonstra o lado destrutivo do sintoma. Uma faceta do sintoma que não alucina, não delira, mas que vê como única saída a aniquilação. Essa fala de Flávio poderia ser dita por um neurótico. “Eu engulo isto para morrer”. Evidencia-se, então, que a capacidade de não criar e destruir diante do esfacelamento da capacidade de viver, é recurso humano, não somente psicótico. Em contrapartida, mostrando outra face da questão sintomática, por vezes Flávio traz construções delirantes sobre o ato de ingerir metais. Engolir fios, por exemplo, o deixa agressivo e ele rouba carros. Aqui Flávio cria, de maneira torta, própria da condição esquizofrênica, mas cria. Oferece espaço para a troca, para a ação, inclusive do clínico. Oferece espaço inclusive para ser, ser esquizofrênico, ser delirante, ser rebelde, ser ladrão de carros. Nessa fala há espaço para a criação.

Assim, pensando em uma relação terapêutica, como se pode utilizar esses elementos trazidos pelo paciente esquizofrênico? Elementos por vezes criativos, por vezes destrutivos, mas reveladores da condição do paciente. Seria possível oferecer condições de desenvolvimento da potência e da criação e minimização da destruição e da impotência/onipotência? Ainda utilizando Winnicott (1975), pensa-se em como estabelecer

um vínculo entre o viver criativo e o viver propriamente dito, assim como estudar as causas da ocultação desse elemento criativo.

Esse pediatra e psicanalista inglês fundamenta grande parte de seus estudos sobre a clínica pensando no brincar. O brincar como ferramenta clínica é uma das contribuições desse clínico e teórico para se pensar o atendimento de pacientes mais desafiadores. Os pacientes esquizofrênicos, como interessa a este trabalho, solicitam a nós, que se pense a clínica além do *setting* tradicional, pois eles possuem uma leitura muito subjetiva do mundo, o que requer que muitas vezes sejamos mais flexíveis. Por vezes nos percebemos saindo daquilo que se acredita ser ferramenta de análise; isto deve-se ao fato de se querer equiparar esse atendimento à clínica das neuroses. Por exemplo, fomentando uma interpretação ou estimulando uma elaboração pó meio de um recalque que não existe. No trabalho com esquizofrênicos, outras vias são possíveis, se olhadas por outro viés. Por exemplo, o viés das apropriações da esquizofrenia e suas construções próprias, sua condição delirante e desorganizada. Para isso torna-se importante perceber que, para o esquizofrênico, alguns elementos do atendimento se distinguem do esperado, por terem uma condição primitiva própria, o que torna o seu desenvolvimento singular.

Conforme visto anteriormente, não conseguir estabelecer com o ambiente uma relação de confiança e de ilusão de onipotência traz como consequência uma dificuldade de se relacionar com a realidade. Este ponto acaba desencadeando, muitas vezes, um viver não criativo, sem possibilidade de potência e vislumbres frente às crises decorrentes da própria vida. Este impasse é iniciado em uma etapa bem primitiva, época em que mãe e bebê ainda estão intimamente ligados por uma relação simbiótica.

“Não há intercâmbio entre a mãe e o bebê. Psicologicamente, o bebê recebe de um seio que faz parte dele e a mãe dá leite a um bebê que é parte dela” (Winnicott, 1975, p.27).

A partir do que Winnicott chama de mãe suficientemente boa, alguém que efetua uma adaptação ativa às necessidades do bebê, pode-se pensar na apropriação do bebê sobre o corpo, o tempo e o espaço. Aos poucos essa mãe vai fracassando e desiludindo o bebê que, caso tudo ocorra bem, pode lidar com a experiência de frustração. Entretanto, essa desilusão deve ser gradativa. Nem rápida demais que não seja digerida, ou muito lenta que não seja percebida. Destas duas formas há o risco de a ilusão permanecer mais interessante que os objetos externos, ou a ilusão nem se conceber como ilusão. Assim, o bebê não iludido ou não desiludido encontra-se em uma extensão da im/oni-potência.

Pode-se pensar no esquizofrênico como aquele que não avançou importantes estágios no desenvolvimento emocional. Para Winnicott (1970), aquilo que somos depende muito do ponto que atingimos neste desenvolvimento. Parece ter faltado, para o esquizofrênico, alguma função externa de apresentação do mundo para que encontrasse um mundo de objetos e ideias externos. Quando o bebê cria sobre o mundo, é necessário que exista alguém para concretizar suas criações, fomentando sua onipotência, vinculando-se com o real. Para o autor, se ninguém estiver lá, só se cria no espaço, sem estabelecer relação. Ele se estabelece como receptáculo de fragmentos do outro, realizando apenas um movimento de introjeção.

Sem este iludir-se e desiludir-se e sem a inserção da transicionalidade, por meio dos objetos ou fenômenos transicionais, a articulação com o saber sobre o tempo, a falta e a existência de um outro fica falha. Esta transicionalidade é fundamental para oferecer ao bebê um amparo e um alívio das ansiedades. Sem ela a transição da etapa de fusão para uma relação fica falha. Nas palavras de Julieta Jerusalinsky (2009), o objeto transicional traz a compreensão de que este é o outro.

Percebe-se aqui, o quanto se observa nesse indivíduo perturbações tão primitivas, em que a formação original se mostrou frágil. E é esse o paciente encontrado na clínica da esquizofrenia, que pode ser adulto, mas contém uma origem com dificuldades de articulação

com o restante do desenvolvimento. Não à toa, esses indivíduos formulam delírios de origem, como forma de preenchimento de um momento no qual não pôde se iludir como deveria, por não ter sido iludido pelos que fizeram a função primária de cuidado; foram incapazes de fantasiá-lo como ser que já clamava por algo. Flávio se disse irmão de Zezé de Camargo, demonstrando um espaço nas bases de sua constituição, preenchido pelo delírio sobre sua origem. Um delírio megalomaníaco, já que se trata de um famoso cantor sertanejo.

Há de se ter o que Winnicott chama de loucura necessária às mães, uma capacidade próxima a um delírio de que o filho pede por algo, e de certa forma oferece um convite para que ele peça. Jerusalinsky (2009) leva esta ideia para a clínica do atendimento de crianças, mas também se mostra interessante para ser pensado neste estudo, falando sobre uma loucura necessária ao clínico, como aquele que supõe em sua intervenção um entendimento.

O indivíduo humano que não começa a vida com a experiência de ser onipotente não tem a chance de ser uma peça na engrenagem, mas precisa exacerbar a onipotência, a criatividade e o controle; algo assim como tentar vender ações indesejáveis de uma companhia inexistente. (Winnicott, 1970, p. 35)

Vender ações indesejáveis de uma companhia inexistente. Esta brilhante metáfora de Winnicott torna mais palpável uma questão sensível nos atendimentos aos esquizofrênicos. Que lugar se coloca o clínico enquanto especulador dessas ações? Pensa-se que não é a partir de uma compra, já que isto seria enlouquecer. Entretanto, também não seria prontamente recusar a proposta que esse paciente traz. Seu papel seria justamente, e redundantemente, daquele que especula. Especular, no dicionário, é encontrado como sinônimo das ações de assuntar, considerar, ajuizar, advertir, catalogar, pensar, refletir, estimar, olhar, prezar, ruminar, respeitar, ponderar, ligar, julgar, pesar, analisar.

Quantas características se atribuem à especulação! Pensando na relação com o esquizofrênico e com Flávio, esta miscelânea de significados realmente é ferramenta para o funcionamento possível dessa relação tão própria já que, como se viu, a transição da fusão

para a relação foi prejudicada. Diferentemente do atendimento aos pacientes neuróticos fora de um contexto de crise, cabe ao clínico julgar, ajuizar e advertir no atendimento ao esquizofrênico. Em alguns momentos nos cabe assuntar, olhar, respeitar, sem invadir. Quando se percebe um espaço é possível refletir, ruminar, pesar e analisar no sentido da observação e ponderação. E para tudo isso há de se estimar, querer estar ali, apesar do cansaço que este leque de posturas clínicas exige. Apesar de todas estas tentativas de especulação, no final tudo pode terminar em aparentemente nada, porque as conquistas no atendimento da esquizofrenia são muito próprias, estão em pequenos detalhes, ou por vezes se tornam muito difíceis de serem alcançadas devido à desintegração e à destrutividade. Neste capítulo pensar-se nesta conquista como a possibilidade de minimização da destrutividade e aumento da criatividade.

Encontra-se também o significado de especular como aquilo que é do espelho. É inevitável e seria até injusto, não se falar aqui do que seria o estádio do espelho de Lacan (1949). Mesmo porque tal ponto não diverge, apenas converge e acrescenta ao que foi construído até aqui baseado nos apontamentos de Winnicott sobre a criatividade e a relação terapêutica na esquizofrenia.

Cabe trazer um recorte ao leitor para a melhor compreensão da proposta deste capítulo. Conforme contextualiza Vieira (2010), em um primeiro momento Winnicott e Lacan podem parecer distantes, pelos movimentos opostos que seguiram no período histórico de atritos e separações na psicanálise nos anos 1950. Entretanto, o que muitos desconhecem é que esses dois autores se respeitavam e dialogavam, apesar de estarem em lados supostamente oponentes. Em seu trabalho, a autora mostra que os dois teóricos e clínicos convergem e divergem, mas nutrem um interesse peculiar pelo momento mais precoce e primitivo da vida. Período caracterizado especialmente pela dependência e influência nas questões psicopatológicas e seu tratamento.

Kloutau (2002) em um livro dedicado a essa temática de encontros e desencontros de Winnicott e Lacan, desenvolve, a partir das cisões havidas na psicanálise desde um pouco antes da morte de Freud, o que esses dois autores dialogam, convergindo e divergindo. A autora afirma que o cerne da questão para eles é a relação de objeto. Lembra que a formação diferente dos dois - Winnicott era pediatra e Lacan era psiquiatra - acaba por tornar a compreensão do objeto por perspectivas próprias.

Enquanto Winnicott toma como ponto de partida a relação de dependência física e psíquica do bebê em relação ao ambiente, Lacan parte da relação de dependência do bebê em relação à mãe inscrita pela linguagem. (Kloutau, 2002, p. 16)

Para Kloutau, os dois autores reconhecem a importância de um outro nos momentos primordiais da história do indivíduo, mas de modos diferentes. Sobre a importância do olhar e do estágio do espelho entram em um acordo, inclusive com citações entre um e o outro. Entretanto, enquanto Winnicott reafirmava a importância da figura materna e da satisfação do bebê na ilusão de onipotência, Lacan não assegurava esse lugar de espelho à mãe.

Durante as leituras e o processo de escrita, estes pontos convergentes de dois autores de suma importância, trouxeram a possibilidade de um pensamento a respeito do clínico e do esquizofrênico. Continuemos nossa proposta.

Lacan propõe na comunicação de 1949, “O estágio do espelho como formador da função do eu tal como nos é revelado na experiência psicanalítica”, uma metáfora sobre o desenvolvimento do ego a partir da experiência comum às crianças de se colocarem frente ao espelho e se depararem com sua própria imagem. Nos primeiros momentos, a criança se curva sobre a imagem, tenta tocá-la, estranha e se diverte. Ainda não percebe que a imagem refletida é a sua própria imagem. É através dessa figura que o bebê pode se atribuir uma imagem, através da identificação. Ainda no estágio de *infans*, caracterizado pela ausência da fala, antes de se colocar numa relação dialética com um outro, o filhote do homem, como o

autor se refere, se integra a partir da desintegração. O espelho possibilitaria esse lugar de hospedagem de uma imagem que favorece a relação do organismo com a sua realidade.

Percebe-se no breve recorte deste conceito a importância da inserção de um elemento que introduz, a partir da articulação originalmente unitária, a noção de separação para a integração psíquica. Perceber-se primeiramente como único, depois como igual, para enfim se ver como parte de. Por isso Lacan fala que esta *gestalt* é mais constituinte do que constituída. Afinal, antes mesmo de uma maturação física há uma apropriação de uma imagem corporal.

O estágio do espelho é um drama cujo impulso interno precipita-se da insuficiência para a antecipação – e que fabrica para o sujeito, apanhado no engodo da identificação espacial, as fantasias que se sucedem desde uma imagem despedaçada do corpo até uma forma de sua totalidade que chamaremos de ortopédica – e para a armadura enfim assumida de uma identidade alienante. (Lacan, 1949, p. 100)

O esquizofrênico revela este despedaçamento do corpo. Ele acaba por mostrar a vulnerabilidade desta des-configuração que começa na desorganização do eu e na incapacidade de se vincular a uma imagem que o integre. Isto revela uma associação com a falta de poder, ligada à alienação e à onipotência materna. Assim, a imagem vista no espelho é de um corpo despedaçado, o corpo fragmentado que insere a castração maciça do outro. Desta forma, a inviabilidade da identificação acaba por trazer à tona uma subjetivação que não passa por uma diferenciação do outro, mas um espaço de alienação e recusa do outro. Pode-se pensar na problemática da oralidade, no objeto ingerido, sendo ele alimentar ou não, enquanto outro não reconhecido como tal, introjetado como parte desintegrada e parcial. Os objetos engolidos e os alimentos não se vinculam como objetos totais frente à função pulsional específica da oralidade, apresentando uma oralidade esquizofrênica, ou seja, uma boca-corpo que se relaciona com objetos fragmentados.

Há uma necessidade, neste ponto, de inserir a questão do olhar do outro, enquanto confirmação da imagem vista no espelho. Aulagnier (1979, p. 166) cita três momentos necessários à experiência especular:

1. O surgimento no espelho de uma imagem que a psique reconhece como sua;
2. O desvio do olhar na direção do olhar da mãe, onde é lido um enunciado que diz que esta imagem é o objeto de seu prazer, que ela é imagem do amado, do bom, do belo...;
3. O retorno do olhar à imagem presente no espelho e que, a partir desse momento, será constituída pela função entre a imagem e a legenda que a concerne, tal qual foi concebida no olhar materno.

A criança se reconhece pelo olhar do outro, instaurando uma identificação, o que não ocorre na psicose. É esta identificação imaginária que viabiliza a imagem que o indivíduo carregará pela vida. Este movimento contém uma relação ambígua com uma imagem que o aliena, enquanto ocupação de um lugar dado pelo outro, e uma libertação, enquanto corpo autônomo e desejante (Aulagnier, 1979). Assim, percebe-se a importância de uma potência embasada pelo outro para o indivíduo se colocar no mundo enquanto autônomo. O que se percebe na psicose é que no lugar deste olhar do outro que o afirma, é a inserção do outro em sua própria figura que o deixa impotente frente a uma onipotência de castração. Nota-se então o porquê de a figura especular ser tão ameaçadora neste caso.

Pensando no papel de especular do clínico pela via do estádio do espelho, pode-se pensar na função da imagem que se mostra como tentativa de junção destes pedaços, respeitando uma distância no que se refere ao seu lugar enquanto outro negado pela ameaça de invasão.

Flávio dizia que eu tinha um corpo forte e que gostaria de ter um corpo como o meu, já que o seu estava caído. O clínico pode estar como uma figura que possa mediar o

esfacelamento frente ao mundo, sendo uma via de minimização da destrutividade na angústia, pelo fato de o esquizofrênico não contar com um ego especular integrado. Não se trata de impor uma alteridade ao paciente, mas sim tentar um ponto que esbarra e contorna o esfacelamento psicótico; há que se ter uma articulação com o outro para a alteridade. O clínico pode, enquanto função especular, fazer uma tentativa de inscrição de uma espécie de legenda e forma ao despedaçamento psíquico-corporal do esquizofrênico.

## **5.2.O que o atendimento de Flávio nos ensina**

Pensando mais neste lugar do clínico no atendimento ao esquizofrênico, retoma-se o caso clínico com algumas passagens do atendimento de Flávio.

*“A gente engole isso aí porque quer morrer”, respondeu irritado ao ser questionado por que engolia metais. Em outro momento também manifestou uma irritação quando se mencionou a respeito disso, dizendo: “Ninguém engole essas coisas não, você engole? Você está gorda desse jeito. Você engole o que?”. Em seguida, diz que plástico pode ser engolido, ferro não. E que além disso, ele mora na rua e que eu não entendo que as coisas são difíceis e ele tem que trabalhar, mas nunca trabalhou. Nessa época, início de sua internação, não era raro o paciente se incomodar com os atendimentos e se mostrar rebelde. Solicitou uma vez “sai do meu pé, tia”. Ao mesmo tempo, porém, me chamava quando me via e direcionava alguma fala a mim.*

*Diz que o pai engolia correntinhas, mas em seguida se pergunta se realmente isso ocorria. Conta, então, que o pai morreu devido a um derrame e me questiona se derrame é tiro. Digo que não, que derrame é quando uma veia presente no cérebro se rompe e sangra.*

*Ele se mostra espantado e questiona se ele também vai ter derrame e, caso tenha, se morrerá. Digo que derrame não é algo que se escolha ter, e que muitas pessoas têm derrame, mas não morrem. Ele então diz que caso tenha uns três, talvez morra e segue dizendo-se decepcionado, pois apesar disso ele é “ruim para morrer.*

*Flávio traz certas angústias sobre essa mudança, perguntando-se e me indagando sobre a morte. Em um desses momentos, somos surpreendidos com a cena de corpos cobertos que passam sobre uma maca, próximo a nós. Ele pergunta se as pessoas da maca estão mortas. Digo que sim, que algumas pessoas morrem no hospital, mas outras sobrevivem. O paciente me olha como se tivesse compreendido e silencia. Esse olhar seguido de silêncio surge em outros momentos dos nossos atendimentos. Normalmente surgem após pontuações simples, em uma espécie de tradução de situações angustiantes para o paciente.*

*Em meio ao atendimento o paciente estava falando sobre o tio, queixando-se do fato de estar no hospital sozinho, sentindo-se abandonado. Segue a fala dizendo que ao mesmo tempo é bom ficar distante da sua cidade natal. Lembro então de uma fala dele, sobre o mundo ser bom, mas ter seus riscos, e concluo que talvez fosse melhor que ele ficasse um pouco por ali. Ele concorda e faz de novo o olhar e o silêncio, como se nesse momento estivéssemos falando a mesma língua. Seguindo ainda no mesmo atendimento, o paciente começa a me direcionar perguntas pessoais. Pergunta o que eu era do assistente social, digo que não sei de quem ele estava falando. Depois pergunta sobre minha mãe, quem era ela. Digo que ela não trabalha no hospital. Pergunto-lhe o que ele gostaria de saber sobre ela. Ele sorri e diz que nada. Aproveito e pergunto sobre a mãe dele, já que poucas vezes ele falou sobre ela, pois sua fala trazia principalmente o pai. Diz que a mãe morreu com câncer no estômago e fica calado. Em seguida muda de assunto e fala que deveria ter trazido calça e sapato. Chama a atenção para os seus pés e pede que eu os observe. Digo que percebo que eles estão ressecados e pergunto se ele se incomoda de falar sobre sua mãe. Ele responde*

*primeiro dizendo que não, pois é irmão do Zezé (cantor sertanejo). Depois diz se lembrar dela e que recorda de dormirem juntos. Flávio fica calado e se levanta, vai pedir um cigarro e encerra por si a sessão.*

*Na busca angustiada de “ajudá-lo” (ou me ajudar?) a compreender esta tal ingestão de objetos, eu insistia em falar sobre isto em um atendimento. O paciente me diz em tom irritado “o que você quer comigo?”. Digo que de certa forma estou ali para ajudá-lo. Ele então me diz: “Ninguém ajuda ninguém não. Você quer que eu dirija um carro, que eu dirija um carro (faz movimento de dirigir)”. Percebi ali que o caminho era outro, não era lhe impor angustiadamente uma condição de estrutura que ele não tinha, mas sim dentro da sua desestrutura buscar formas de bordeamento, amparo, para seu psiquismo e sua desorganização. Eu queria que Flávio dirigisse um carro e ele não podia, ou não sabia dirigir. A partir desse momento o atendimento caminhou para outro nível. Algumas vezes utilizei uma intervenção próxima da dos acompanhantes terapêuticos, andando com o paciente pelo hospital, sentando com ele na praça de fumantes e ali conversávamos. Ouvi de minha supervisora do hospital que era sim um “papo de maluco”, mas um papo de maluco que poderia introduzir elementos sustentadores e importantes ao paciente. Na sua inconstância (ele levantava em busca de cigarros, conversava com outras pessoas, começava a cantar no meio dos atendimentos) conseguíamos atendimentos em que o paciente colocava sua angústia de desamparo, suas preferências, seus delírios e ali o trabalho surgia.”*

Percebe-se que no caso de Flávio, ao tentar abordar seu sintoma pelas vias comuns à neurose, indagando sobre o motivo de ele engolir objetos, notou-se uma desarticulação no atendimento. Assim, não havia colaboração para uma organização do paciente, já que ele se irritava e a cada momento trazia uma resposta. Clínico e paciente se afastavam, pois havia um desconforto no clínico ao perceber que aquele paciente não conseguia responder as suas dúvidas.

Winnicott (1961) atenta que “existem, entretanto, muitas variedades de psicoterapia, as quais, para existir, devem depender da necessidade do paciente ou do caso, e não dos pontos de vista do terapeuta”( p.263). Assim, como alertou sobre o cuidado a forçar interpretações fora do amadurecimento do material clínico e do paciente. “Interpretar quando o paciente não tem capacidade para brincar simplesmente não é útil, ou causa confusão” (Winnicott, 1975, p. 76). Além disso, a presença exagerada e sem distanciamento do clínico, acaba por propor uma ameaça, por impor a existência de um outro, justificando a irritação do paciente.

Coube ao clínico repensar o caminho que seguia o atendimento e perceber que essas intervenções não levariam a uma aproximação do paciente, mas a um maior afastamento do paciente, que por si, já era distante. Eis que surge a supervisão como possibilidade de ter um outro olhar, como contrapeso para a elaboração das vivências do clínico. E foi nesse momento que se notou a necessidade de mudança no olhar e na postura clínica.

Percebeu-se que ao nomear coisas aparentemente simples, como “*as pessoas morrem no hospital, mas também sobrevivem*”; ou, “*o derrame não é um tiro e sim uma veia que rompe no cérebro*”; Flávio se angustiava menos e se comunicava mais, pois a partir das construções que ele trazia, o clínico podia fazer um contrapeso com um amparo de algo desconhecido para ele. O clínico trazia, então, uma novidade e podia escutá-lo de fato, deixando que ele expusesse o trabalho que era só de dentro. De certa forma isso o apaziguava. Delirava, mas criava uma abertura para que eu pudesse fazer parte também do que ele trazia.

Pode-se dizer que com as mudanças no atendimento, Flávio e o clínico puderam ser criativos, se tomado o que Franco (2014) diz sobre uma ação que cria um mundo que já existia com as marcas daquele que o criou. A partir da abertura para a realidade do outro, houve espaço para uma troca e uma interferência nessa realidade. Até quando, até onde? Há como saber? Acredita-se que não, não se sabe até onde vai o efeito da ação do clínico nos pacientes. Debruça-se, escuta-se, busca-se provocar alguma alteração no que foi vivido e

entrega-se de volta. O que o paciente faz com isto nem sempre fica claro. Os limites de uma análise, são respaldados pelo texto “Análise terminável e interminável” (Freud, 1937), enquanto o limite da pulsão. Como visto no capítulo anterior, a pulsão na psicose é avassaladora e dispersa, não tem um contorno corporal organizado. Se o clínico consegue dar um traçado de contorno aqui, já é uma ação criativa e clínica.

### **5.3.Ferramentas de atendimento para a esquizofrenia – o brincar de Winnicott, a aproximação da linguagem de Leclaire, o secretário do alienado de Lacan e a posição regressiva terapêutica de Searles**

Winnicott dedicou-se com afinco à questão do brincar. Através desta atividade muito ligada às crianças, mas também pertencente aos adultos, pensou na psicanálise e na psicoterapia como formas de englobar esta ferramenta com as questões do indivíduo, dentro de um espaço que se passa *entre*. Este espaço *entre* é o que ele chama de espaço potencial, um meio no qual o clínico e o paciente poderiam desenvolver o que é preciso para que o paciente expresse, cresça e encontre seu viver criativo.

O brincar é a ferramenta possível de se alcançar o chamado viver criativo. Entretanto, existem condições para que isto ocorra. O alcance da espontaneidade necessária para que o paciente possa brincar necessita do relaxamento e da confiança, e este ponto é importante para pensarmos no posicionamento do clínico. Exigir e impor uma organização psíquica ao paciente impede que a comunicação ocorra, já que se apresenta como invasão do outro. Somente pela abertura à desorganização e à apresentação dos aspectos mais regredidos o paciente poderá manifestar aquilo que falhou em seu desenvolvimento e que precisa de

cuidado. Desta forma, paciente e clínico brincam juntos, mas quando ainda não é possível ocorrer o brincar, o trabalho do clínico é propiciar que o paciente passe de um estado regredido, em que não é capaz de brincar, para um que seja. Franco (2014) lembra que Winnicott postula uma nova noção de regressão, referindo-se às posições de dependência do início da relação mãe-filho, diferente de Freud que postula uma regressão do desenvolvimento da libido e de seus pontos de fixação.

Assim, pensa-se nos pacientes esquizofrênicos como indivíduos com problemas importantes nas bases de seu desenvolvimento e com dificuldades fundamentais na articulação com a realidade. O clínico tem como prioridade buscar uma forma para que esse paciente possa brincar, e não interpretar conteúdos de uma brincadeira que ainda não acontece. Por vezes é no brincar mais rudimentar, em um estado não integrado, que a criatividade pode emergir.

“É no brincar, e talvez apenas no brincar, que a criança ou o adulto fruem sua liberdade de criação” (Winnicott, 1975, p. 79). Através do brincar o paciente pode vivenciar sua criatividade, mas para isso o clínico também deve ser capaz de brincar. E mais, precisa também saber sobre a criatividade do paciente. Saber como ele experimenta a vida. O saber do clínico deve ser ocultado em prol do saber do paciente, pois só assim ele poderá se comunicar e desenvolver sua criatividade.

Winnicott proferiu em 1961, uma palestra sobre as variedades de psicoterapia, que se tornou texto do livro *Privação e Delinquência*. Não é um texto que trata especificamente de atendimento aos pacientes esquizofrênicos, mas ajuda a pensar sobre essa questão. Nessa comunicação o autor distingue a análise da psicoterapia, principalmente em relação à necessidade do caso e do paciente.

Digamos que, sempre que possível, aconselhamos a psicanálise; mas quando esta for inviável ou quando houver argumentos contra, então deve ser criada uma modificação apropriada. (Winnicott, 1961, p. 263)

Winnicott ainda não havia escrito o livro *O brincar e a realidade* nessa época, o que atenta sobre um olhar ainda incipiente para a flexibilidade e a criatividade na clínica. Não é de interesse do trabalho fazer uma grande discussão sobre a questão da análise e da psicoterapia. Interessa-se aqui, pelo cerne da questão do atendimento ao paciente esquizofrênico, como um atendimento que traz suas peculiaridades e suas necessidades, como a oralidade esquizofrênica. Essa peculiaridade parte do que já foi dito por Freud, de uma inviabilidade de um amor de transferência na psicose. Freud inclusive descartou a possibilidade de atendimento desses pacientes pela psicanálise. Ao mesmo tempo orientou que a renúncia de cura poderia ser para sempre ou por enquanto, até que outro plano fosse encontrado pelos analistas (Freud, 1938). Assim, a psicose esteve e está presente na clínica e nos estudos, sendo abordada pela psicanálise dentro de suas possibilidades e peculiaridades.

Pensando nas variedades de psicoterapia, Winnicott propõe uma relação com a variedade psicopatológica, corroborando a questão do atendimento conforme as necessidades do paciente. Ao abordar e diferenciar as diferenças psicopatológicas, ele coloca a esquizofrenia dentro de uma categoria daqueles que tiveram fracassos no cuidado enquanto bebês. Buscando evitar o apontamento de “culpados”, apesar de expressar o fato da falha no cuidado, atentou sobre a possibilidade de alguns bebês serem mais difíceis de serem criados que outros. Assim, há uma deficiência de criação que desenrola em uma falha na estruturação do eu e na capacidade de se relacionar com os objetos do ambiente.

Esses pacientes precisariam de uma sustentação, assim como a mãe que segura um filho. Esse sustentar pode ser pensado como um trato físico ou a adaptação das necessidades do paciente, necessidades essas que, segundo Winnicott, não necessariamente são supridas somente pelo clínico. Os contatos próximos à amizade, os cuidados da enfermagem, as experiências culturais e até mesmo religiosas, e o serviço social, são muitas vezes figuras de sustentação para os pacientes esquizofrênicos. Ao clínico cabe muitas vezes fazer ponte com

essas figuras e os espaços físicos, como nos casos dos acompanhantes terapêuticos que antes eram chamados de amigos qualificados. Extrapolando os limites do espaço, e configurando conforme a necessidade e dependência desse paciente, são viáveis as sustentações necessárias para uma possível melhora. Porém, apesar desse posicionamento diferente, o clínico continua clínico. Sobre isto Winnicott (1961) alerta:

A psicoterapia do gênero a que estou me referindo pode parecer mera amizade, mas não é, pois o terapeuta é pago e só vê o paciente durante um período limitado, com hora marcada, e, além disso, durante um tempo igualmente limitado, uma vez que a finalidade em toda e qualquer terapia é chegar a um ponto em que a relação profissional termina porque a vida e a existência do paciente assumem o controle e o terapeuta passa a tratar do caso seguinte. (p.271)

Encerrando a comunicação, Winnicott salienta que os pacientes mais doentes exigem maior integridade do clínico, e que a psicanálise, apesar de ser difícil de ser aprendida, não é tão exaustiva quanto a terapia destinada a lidar com os distúrbios psicóticos.

Leclaire (1991) também colabora para a questão do atendimento aos esquizofrênicos, escrevendo o texto “Em busca dos princípios para uma psicoterapia das psicoses”. Reitera o cuidado ao se transpor uma noção de psicoterapia enquanto experiência paciente e clínico na neurose, por pensar o que chama de fenômeno psicótico enquanto uma estrutura profundamente original. Revela estar de acordo com as formulações freudianas sobre a psicose, “tão apaixonadamente contestada por alguns”. Leclaire afirma, então, a importância de um modo particular de psicoterapia que envolva a natureza própria da configuração psicopatológica psicótica.

Serge Leclaire toma em seu texto o cuidado de explicar a importância de não se utilizar os conceitos próprios da neurose, como regressão e recalque, para se entender a natureza do fenômeno psicótico. Eles seriam insuficientes e correriam o risco de causar uma neurotização da psicose. Deve ser lembrado que a regressão dita por ele é a regressão freudiana, ligada à libido, e não aquela postulada por Winnicott. O conceito freudiano de

libido, pensado no campo da psicose, acarreta um problema na abordagem do paciente: a formulação de questões. Isto é uma problemática própria das neuroses. Este problema apareceu nos atendimentos com Flávio, onde inicialmente buscou-se compreender a motivação da sua ingestão de metais. Transpondo, portanto, um movimento dos atendimentos com os quais o clínico já estava habituado, a um paciente que trazia uma natureza própria, um paciente esquizofrênico. Perde-se, desta forma, a oportunidade de compreender a natureza da oralidade esquizofrênica enquanto criatividade e originalidade do esquizofrênico, enquanto origem de uma problemática de solução na esquizofrenia.

O paciente psicótico, segundo Leclaire, pode ou não formular perguntas, mas vive sem interrogar ninguém. Sua pergunta não é verdadeira, ele já a tem respondida ao entrar na psicose. E é essa resposta que ele coloca em suas formulações delirantes, fechando espaço para questões, ao contrário do neurótico que se constrói na questão. Sou ou não sou, sou homem ou sou mulher? Assim, a questão se torna do clínico e não do psicótico, ao se deparar com a natureza outra da psicose, onde não há dialética. O autor acredita que o caminho de abordagem desses pacientes é pelo reconhecimento da questão da ambiguidade, deparando-se com a foracclusão, esforçando para simbolizar a falta resultante dela. A foracclusão seria aquilo que foi perdido, ou rejeitado, *Verwerfung*, anterior a qualquer possibilidade de negação ou recalçamento.

O elemento foraccludido é por natureza inacessível como tal. Mas, em contrapartida, ele se assinala pela falta que constitui; manifesta-se à maneira de uma profunda depressão, de uma espécie de aspirador de pó que centra e organiza do modo mais inesperado o conjunto do que se encontra em volta. O sinal clínico da foracclusão é uma espécie de convergência irresistível, desordenada, mas imperiosa rumo a um centro que parece ser apenas vazio. (Leclaire, 1991, p. 120)

Lidar com esse elemento do vazio é componente do atendimento clínico de pacientes esquizofrênicos, no início deste capítulo falou-se sobre a criatividade e destrutividade da construção esquizofrênica, desafiando o pensamento sobre a clínica. Deparar-se com esta

desorganização de forças intensas faz parte deste trabalho, mas, como o clínico pode se manter frente a esta convergência ao vazio? Leclaire propõe o uso das palavras para tentar estabelecer a comunicação, ajustando a linguagem do clínico ao estilo da linguagem psicótica. Isto os aproximaria do fenômeno psicótico.

Lacan (1955-1956) no Seminário 3, sobre as psicoses, introduz uma ideia interessante para o presente trabalho. A posição de “secretário do alienado” nos atendimentos aos esquizofrênicos. Dizia: “vamos aparentemente nos contentar em passar por secretários do alienado”. Esta expressão era usada na época dos alienistas, como sinal de impotência. Lacan usa tal termo para explicar que, no atendimento aos psicóticos, o papel do clínico tem potência justamente nisso, em secretariar. Ao invés de uma busca interpretativa sobre o que está por trás do que o paciente diz, o clínico justamente atenta para o que o paciente diz. Parece desconstrutivo à primeira vista, principalmente para um clínico que se depara pela primeira vez com um psicótico e com estas formulações. Mas, na verdade, é o resumo da construção deste tipo de atendimento; a criatividade desta clínica está justamente no que parece mais banal, mas na verdade é original.

Por que então, condenar de antemão à caducidade o que se externa de um sujeito que se presume estar na ordem do insensato, mas cujo testemunho é mais singular, e mesmo inteiramente original? Por mais perturbadas que possam estar suas relações com o mundo exterior, mesmo assim não guarda talvez seu testemunho o seu valor? (Lacan, 1955-1956, p. 243)

O clínico deveria se ater a aceitar o que o paciente diz, assim como Freud e o próprio Lacan fizeram ao ler as memórias de Schreber. Este movimento é de aceitar o “testemunho do alienado”, por mais incoerente que possa parecer a nós. Só assim ele poderá de alguma forma presenciar este testemunho e fazer algo por ele. Respeita-se a originalidade e o caminho traçado pelo paciente, secretariando a fim de propiciar caminhos de potência, criatividade.

Finalizando este conjunto de ferramentas necessárias para o clínico poder encontrar um meio criativo nos atendimentos aos esquizofrênicos, utiliza-se a proposta clínica de

Harold Searles. Esta proposta é útil para os pacientes do tipo não integrado, e está presente em seu livro *Escritos sobre Esquizofrenia*. Por que os pacientes do tipo não integrado? Porque no texto de Searles estes pacientes nos remetem àqueles do diagnóstico de esquizofrenia hebefrênica, como o paciente do presente caso clínico.

Searles defende que existem tipos distintos de pacientes esquizofrênicos. Para ele a Esquizofrenia se caracteriza por uma indiferenciação que não permite a integração psíquica. Assim, o esquizofrênico contém no cerne de sua problematização a dificuldade de distinguir o eu do mundo externo.

O paciente do tipo não integrado, para Searles, tem como característica uma notável mudança afetiva de um momento ao outro, com sentimentos mal integrados e ambivalentes, que também estão dissociados e reprimidos, sendo projetados no mundo externo. O mundo externo é vivenciado como caótico e instável. Afinal, o indivíduo encontra-se fragmentado e vê essa fragmentação no externo. O autor oferece o exemplo, para maior ilustração deste fenômeno, de um paciente que via vários Searles pelos ambientes. Esta desintegração é geradora de muita ansiedade no paciente complicando ainda mais sua condição. A partir daí, o autor pensa a abordagem que sugere aos clínicos no atendimento de esquizofrênicos.

A abordagem sugerida por Searles é a posição terapêutica regressiva do clínico. Esta posição se baseia no reconhecimento do grande repertório de sentimentos, figuras e conteúdos que constituem o paciente não integrado. Os atendimentos destes pacientes podem ser por muitas vezes situações dramáticas, com dificuldades vivenciadas pelo clínico em relação a sua ansiedade e sensação de impotência. Estas sensações do clínico vêm como uma espécie de resposta a uma ameaça à sua integração. Muitas vezes, então, o profissional também se percebe mudando de forma imprevisível durante o atendimento.

Searles, propõe, a partir de suas observações e experiências clínicas, a posição do clínico junto ao paciente, enquanto uma posição de simbiose. O autor acredita que esta

simbiose é necessária, desde que compreendida enquanto fase, ao atendimento de esquizofrênicos.

Esta fase de uma relação como a da simbiose, pode ser para o clínico muito ansiogênica, mas também muito gratificante. Para isto, o clínico deve estar aberto para as questões afetivas que estes pacientes tão fragmentados podem lhe provocar. Há de se ter então, uma identificação consciente com o paciente. Em contrapartida, o paciente não pode se identificar profundamente com o clínico, pois já tem muitos aspectos regredidos à simbiose. Além disso, uma das principais funções da simbiose terapêutica é permitir que a integração do paciente aumente fora dela mesma. Fora da experiência intrapsíquica do clínico, pode-se desenvolver um nível intrapsíquico dentro do próprio paciente (Searles, 1959).

Segundo o autor, apesar de parecer um processo místico, ele é perfeitamente compreensível em fenômenos clínicos, a partir do ponto de vista lógico. Porém, esta compreensão emocional não é fácil de ser alcançada. Ele revela ter notado que ao ouvir alguns clínicos falarem sobre o início do atendimento aos pacientes esquizofrênicos, não havia uma descrição de uma pessoa, mas sim de um conglomerado de sintomas e fragmentos da personalidade. A partir do avanço da relação terapêutica, e conforme os pacientes foram atingindo algum nível de integração, os clínicos começaram a apresentar uma imagem interna mais integrada dos pacientes, conseguindo descrever cada paciente cada vez mais como uma pessoa, e cada vez menos por suas fragmentações.

Searles baseia suas construções a partir do que observou como um crescimento envolvido na relação terapêutica. Este crescimento é possível pela capacidade de reconhecimento do clínico sobre os sentimentos que o paciente se esforça para manifestar, mas que muitas vezes comunica de forma desintegrada. Ele revela ser importante, também, o contato estreito do clínico com o que chama de eu consciente do paciente. O eu consciente seria o lugar egoico em que residiria o seu sentido de identidade. Assim, torna-se

consequentemente importante que o clínico não responda a um fragmento de personalidade dissociado, pois o paciente pode sentir que não há contato com o clínico, afastando-se ainda mais.

Percebe-se como Searles e Winnicott têm uma postulação parecida a respeito do atendimento de pacientes esquizofrênicos. Consideram relevante a desintegração primitiva no desenvolvimento e colocam o clínico como elemento importante de cuidado a este lugar do desenvolvimento, do que não avançou e se encontra fragilizado. Acreditam que, assim, o clínico pode possibilitar algum avanço e crescimento na integração e criatividade do paciente. Lacan e Leclaire também postulam um lugar importante e criativo do clínico, alertando sobre uma posição diferente da adotada nas neuroses, justamente por também considerarem a esquizofrenia de uma natureza muito própria, por questões primitivas na constituição psíquica, mais ligada ao discurso e à linguagem.

Considera-se, então, que para se posicionar frente à problemática da esquizofrenia e da oralidade esquizofrênica, a partir da ambivalência criatividade e destrutividade presentes nesses atendimentos, o lugar do clínico é o daquele que brinca, especula e secretaria. Assim, o profissional segue buscando partir de um lugar de olhar superficial e fragmentado do paciente, para um lugar de olhar criativo e potente da esquizofrenia, por aceitá-la como tal.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa é finalizada após uma trajetória de aprendizado sobre o ser esquizofrênico e suas implicações na oralidade. Ser esquizofrênico, enquanto substantivo e ação, pois somente a partir da compreensão deste ser que é, que foi possível o entendimento de qual o papel da oralidade na história deste ser.

A história do esquizofrênico, através deste estudo, foi entendida como ponto crucial para a formação deste indivíduo. Uma história que começa tão cedo, em um momento tão primitivo de sua constituição, que se torna difícil a compreensão da sua ordem de configuração. Ingenuamente surgia a pergunta: por que Flávio ingere metais? Observava sua boca maltratada, sinal de um ponto destrutivo nessa configuração, e isso gerava um incômodo, que na clínica se tornou um enigma de pesquisa, e assim surgiu a oportunidade de se aprofundar na história não só de Flávio, mas da esquizofrenia e da oralidade esquizofrênica.

A ingenuidade inicial levava sempre à busca de um porquê, mas um porquê normatizador da esquizofrenia, de certa forma desrespeitoso com a originalidade esquizofrênica. Havia um desejo de uma explicação lógica, de uma simbolização do sintoma, de uma desenvoltura de outra ordem, esquecendo que o esquizofrênico se configura sob uma outra perspectiva. Entretanto, essa ingenuidade continha uma verdade, a verdade sobre o estranhamento do ato de ingerir metais, ligado à oralidade, em uma configuração esquizofrênica. De certa forma, as lembranças de outras bocas maltratadas na experiência com outros pacientes esquizofrênicos eram retomadas no enigma trazido por Flávio. Havia alguma relação entre a questão oral e a esquizofrenia, mas qual? Esta foi a indagação desta pesquisa.

Notou-se uma outra configuração oral da esquizofrenia, que não era preenchida como nos distúrbios da oralidade. Esses distúrbios da oralidade levavam a uma configuração melancólica, outra configuração de corpo e de relação objetal, na qual Eu e outro estavam estabelecidos, assim como a organização pulsional. Encontrou-se na esquizofrenia outra configuração, outro corpo e relação de objeto. O Eu e o outro, além de não se diferenciarem, acabam por inserir um mecanismo que apenas introjeta, não faz identificação. Portanto, não se pôde pensar em uma função do objeto com um significado especial. Para cada objeto havia uma ou diversas leituras, ou um delírio, ou apenas um ato desenfreado e sem pensamento. Foi necessário um extenso estudo sobre esta etapa primária da relação objetal, para se chegar ao entendimento de que havia uma relação com a oralidade, uma vez que no momento mais primitivo do indivíduo após seu nascimento, quando a boca é o corpo, o esquizofrênico de certa forma para. Afinal, ele não avança nas relações objetais, insistindo na lógica do autoerotismo, sendo impedido de configurar um corpo que se identifica com uma imagem corporal. Assim, pode-se falar de uma boca-corpo, ou até mesmo de um corpo-boca, que se torna uma marca, uma marca bem primitiva pela qual ele se relaciona com o mundo. O mundo não é reconhecido por ele, assim como o bebê não reconhece nesse primeiro momento que o seio é o outro.

A oralidade esquizofrênica pode ser dita enquanto um conceito, pois revela a importância dessa fase tanto na formação do ser esquizofrênico quanto na forma do esquizofrênico ser. Uma boca-corpo que introjeta, engole, não digere e não processa. Não há uma metabolização e um reconhecimento dos objetos do mundo, que são devorados sem sensibilidade, por vezes sem pensamento, por vezes por meio de um delírio. A comida, o cigarro, os objetos metálicos, não são reconhecidos e definidos como tais, assim como o outro enquanto alteridade e autoridade, também não o são.

A originalidade do esquizofrênico encontra-se bastante ligada à oralidade. Pode-se pensar a originalidade como origem, bem como inédita e único. Falamos de uma ordem outra que tem diversos níveis, mas que apresenta outra relação com o mundo. Isto deve ser reconhecido antes do atendimento a um esquizofrênico. Se a originalidade do esquizofrênico não for reconhecida corre-se o risco de o clínico adotar uma postura de neurotização da esquizofrenia, o que não levará o paciente a lugar nenhum. Somente pelo reconhecimento do ser esquizofrênico, e de como o paciente esquizofrênico em atendimento é, que se torna possível um atendimento criativo.

O atendimento criativo respeita as condições do paciente, buscando formas de aproximação e construção. Pode ser uma estabilização, ou a abertura de um espaço para o clínico e para alguma forma de princípio de realidade, a fim de fazer esse indivíduo viver de forma menos solitária. Isto não quer dizer socializar o esquizofrênico ou colocá-lo em programas de inserção social. Fala-se, aqui, de introduzir alguma forma de equilíbrio nessa vivência extremamente subjetiva e solitária, que se relaciona com a realidade de uma forma muito própria e, na maioria das vezes, ameaçadora. Colaborar para que o paciente seja mais criativo dentro de sua originalidade, e menos destrutivo, é o caminho mais eficaz na clínica dos esquizofrênicos.

Existem outros pacientes como Flávio em instituições hospitalares e centros de atendimento psicossocial, nas ruas, em suas casas, muitos deles também com a boca maltratada. Espera-se que este trabalho contribua para o eficaz atendimento a esses pacientes, no respeito à sua originalidade e na busca de uma criatividade que supere a destrutividade. Os clínicos que atendem esquizofrênicos têm um trabalho bastante difícil, onde a quebra de muitas ingenuidades clínicas acontecem, mas também de muito aprendizado. Saber deste lugar de aprendizado com o paciente esquizofrênico é o caminho para uma escuta respeitosa e eficaz. Querer introduzir uma desenvoltura do mundo neurótico acaba por quebrar a

possibilidade de em algum momento esse paciente também escutar o clínico, e deixar algum objeto criativo e saudável ser introjetado.

Entre tantos aprendizados nesta pesquisa, notou-se a importância de certos conceitos e ideias para o trabalho. Entretanto, sempre existem pontos que não são levados à sua extensão máxima, a fim de não se extrapolar os objetivos da pesquisa, mas que podem ser aprofundados em um próximo estudo, a fim de se ampliar a compreensão dos processos da esquizofrenia. Além disso essas aberturas sempre existirão sustentando o desejo da pesquisa no clínico pesquisador.

Considera-se em aberto uma maior compreensão da relação do esquizofrênico com o próprio corpo, principalmente pela questão da erótica esquizofrênica. Um momento de Flávio foi enigmático: quando ele, durante o atendimento, ficou tocando seu pênis, porém sem uma conotação concretamente sexual, como se poderia pensar inicialmente. Ele mais parecia estar se divertindo tocando uma parte do corpo, do que se masturbando de fato. Lembrava uma criança descobrindo uma parte nova do corpo e brincando. A partir desta pesquisa, sabe-se que a configuração psíquica corporal do esquizofrênico é desconfigurada, além de ele estar ligado ao autoerotismo. Portanto, realmente Flávio podia estar tocando o pênis sem intenções evoluídas a um outro dentro de uma maturidade erótica. O que não quer dizer que o esquizofrênico não tenha erotismo. Entretanto, a complexidade desta questão erótica não encontra-se totalmente clara, observando-se pistas que podem ser melhor desenvolvidas em pesquisas futuras.

Considera-se a esquizofrenia um campo rico e original, que contém uma relação complexa com o mundo original. A oralidade esquizofrênica aparece enquanto uma forma de manifestação desta relação, que diz muito sobre estes pacientes, e ao mesmo tempo é uma forma deles poderem também dizer.

## REFERÊNCIAS

- ABRAHAM, N. TOROK, M. *A casca e o núcleo*. Trad. Maria José R. Faria Coracini. São Paulo: Escuta, 1995.
- AULAGNIER, P. (1963). Observações sobre a estrutura psicótica. In: *Um intérprete em busca de sentido II*. São Paulo: Escuta, 1990a.
- \_\_\_\_\_. A respeito da esquizofrenia: potencialidade psicótica, pensamento delirante primário: considerações gerais. In: *A violência da interpretação: do pictograma ao enunciado*. Rio de Janeiro: Imago, 1979.
- \_\_\_\_\_. *Um intérprete em busca de Sentido I*. Trad. Regina Steffen. São Paulo: Escuta, 1990b.
- BERLINCK, M.T. *Psicopatologia Fundamental*. São Paulo: Escuta, 2000.
- BERLINCK, M.T.; FRANCO, S de G. Psicopatologia e o viver criativo. In: *Mandágoras, clínica psicanalítica: Freud e Winnicott*. São Paulo: Primavera Editorial, 2014.
- BERRIOS, G. E; PORTER, R. *Uma história da psiquiatria clínica: a origem e a história dos transtornos neuropsiquiátricos*. Trad. Lazslo Antonio Ávila. São Paulo: Escuta, 2012.
- BLEULER, E. (1911). *Demencia precoz el grupo de las esquizofrenias*. 2.ed. Buenos Aires: Hormé, 1993.
- CALLIGARIS, C. *Introdução a uma clínica diferencial das psicoses*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
- CZERMAK, M; HERGOTT, S; TYSLER, J-J. Observações sobre situações de desespecificação pulsional em sua relação com as funções na psicose. In: Czermak, M.,

Tysler, J-J (org.). *A pulsão na psicose: oralidade, mania e melancolia*. Rio de Janeiro: Tempo Freudiano, 2009.

DOLTO, F. *A imagem inconsciente do corpo*. Trad. Noemi Moritz e Marise Levy. São Paulo: Perspectiva, 2002.

EY, H; BERNARD, P; BRISSET, C. *Manual de Psiquiatria*. 5.ed. Rio de Janeiro: Masson do Brasil, 1978.

FÉDIDA, P. *Depressão*. Trad. Martha Gambini. São Paulo, Escuta, 1999.

FOUCAULT, M. (1972) *História da loucura: na idade clássica*. Trad. José Teixeira Coelho Neto. São Paulo: Perspectiva, 2012.

FRANCO, S. de G. *Morrer pela boca*. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. São Paulo, v.16, n.1, p. 17-27, mar.2013.

\_\_\_\_\_. *O atendimento de pacientes difíceis*. In *Mandágoras, clínica psicanalítica: Freud e Winnicott*. São Paulo: Primavera Editorial, 2014.

FREIRE, J.M.G. *Uma reflexão sobre a psicose na teoria freudiana*. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. v.1, n.1, mar.1998, p. 86-110.

FREUD, S. (1905). *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. VII

\_\_\_\_\_. (1911) *Observações Psicanalíticas sobre um caso de paranóia relatado em autobiografia ("O caso Schreber), artigos sobre a técnica psicanalítica e outros textos*. Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. v.10.

\_\_\_\_\_. (1913). *Totem e tabu*. In: *Totem e tabu, contribuição à história do movimento psicanalítico e outros textos (1912-1914)*. Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

\_\_\_\_\_. (1917[1915]). Luto e melancolia. In: *Introdução ao narcisismo: ensaios de metapsicologia e outros textos* (1914-1916). Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das letras, 2010.

\_\_\_\_\_. (1924a). Neurose e Psicose. In *O Eu o Id, "Autobiografia" e outros textos* (1923-1925). Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das letras, 2011.

\_\_\_\_\_. (1924b). A perda da realidade na neurose e na psicose. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XIX.

\_\_\_\_\_. (1924c). A perda da realidade na Neurose e na Psicose. In: *O Eu o Id, "Autobiografia" e outros textos* (1923-1925). Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das letras, 2011.

\_\_\_\_\_. (1926[1925]). Inibições, sintomas e ansiedade. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. XX.

\_\_\_\_\_. (1937). Análise terminável e interminável. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XXIII

\_\_\_\_\_. (1938). Esboço de Psicanálise. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XXIII.

GENEROSO, V.H. Devoração ou hospitalidade? *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. São Paulo, v.16, n.1, p.160-171, mar.2013.

GOIDANISH, M. Configurações do corpo nas psicoses. *Psicologia & Sociedade*, v.15, n.2, p. 65-73 , Jul./dez.2003.

GORI, R. Entrevista do professor Roland Gori para o professor Mário Eduardo Costa Pereira. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. São Paulo, v. VII. n.1. p. 160-176. mar.2004.

\_\_\_\_\_. *Lógica das paixões*. Trad. Inesita Barcellos Machado. Rio de Janeiro: Campo Matêmico, 2004.

JERUSANLINSKY, J. *A criação da criança: letra e gozo nos primórdios do psiquismo*. 2009, 262f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2009.

KATZ, C.S. Introdução. In: Katz, C.S. (org.). *Psicose: uma leitura psicanalítica*. 2.ed. São Paulo: Escuta, 1991.

KLAUTAU, P. *Encontros e desencontros entre Winnicott e Lacan*. São Paulo: Escuta, 2002.

LACAN, J. (1949). O estágio do espelho como formador da função do eu tal como nos é revelada na experiência psicanalítica. In *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

\_\_\_\_\_. (1955-1956). *O seminário. Livro 3: As psicoses*. Trad. Aluisio Menezes. 2.ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2010.

\_\_\_\_\_. *O seminário. Livro 16: De um Outro ao outro*. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

LAPLANCHE, J; PONTALIS, J-B. *Vocabulário da Psicanálise*. Trad. Pedro Tamem. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

LECLAIRE, S. Em busca dos princípios para uma psicoterapia das psicoses. In: Katz, C.S. (org.). *Psicose: uma leitura psicanalítica*. 2.ed. São Paulo: Escuta, 1991.

MAGTAZ, A.C. *Distúrbios da oralidade na melancolia*. 2008, 192f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2008.

MAGTAZ, A.C; BERLINCK, M.T. O caso clínico como fundamento da pesquisa em Psicopatologia Fundamental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. São Paulo, v. 15, n. 1, p.71-81, mar. 2012.

MIJOLLA-MELLOR, S. Criatividade. In: *Dicionário internacional da psicanálise: conceitos, noções, biografias, obras, eventos, instituições*. Trad. Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Imago, 2005.

NUSINOVIC, V. Sintoma (Sinthome). In: *Dicionário internacional da psicanálise: conceitos, noções, biografias, obras, eventos, instituições*. Trad. Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Imago, 2005.

QUINET, A. *Psicose e laço social*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.

SEARLES, H. (1959) Integración y diferenciación en la esquizofrenia. In: *Escritos sobre esquizofrenia*. Barcelona: Gedisa Editorial, 1994.

VIEIRA, M.C.S. *Reflexos possíveis: o olhar de Winnicott e Lacan para a constituição subjetiva*. 2010, 131f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

WINNICOTT, D.W. (1961). Variedades de psicoterapia. In: *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

\_\_\_\_\_. Vivendo de modo criativo. In: *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

\_\_\_\_\_. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.