

Infant classical psychoanalytic approach applied to the treatment of psychosis

Andre Goettems Bastos¹

Resumo: A técnica psicanalítica clássica do tratamento de crianças possui enfoque lúdico, que possibilita que a criança se expresse através de formas não verbais. Essa forma de expressão permite que o clínico acesse camadas profundas da dinâmica psíquica dos pacientes, pois geralmente elas sofrem menos os efeitos do processo defensivo. Em pacientes psicóticos, que são, por natureza, extremamente regressivos, a técnica psicanalítica da infância pode ser uma via de acesso à dinâmica deles. O objetivo do presente trabalho é demonstrar a utilidade da técnica psicanalítica infantil aplicada ao tratamento de pacientes psicóticos que possuem limitações para expressão verbal adequada e coerente. O método utilizado para alcançar o objetivo é um estudo de caso único, onde é demonstrado o uso desse referencial técnico no tratamento de um adulto psicótico. Os resultados apontam que a técnica infantil se junta às demais formas interventivas para o tratamento de psicóticos adultos, possuindo efeitos qualitativos significativos.

Palavras-chave: psicanálise infantil; técnica psicanalítica; psicose.

Abstract The technique of classical psychoanalytical treatment of children has a playful approach, which enables the child to express through a non-verbal way. This form of expression allows the clinician to access deeper layers of the psychic dynamics of patients, because they usually suffer fewer effects from the defensive process. In psychotic patients, who are by nature extremely regressive, psychoanalytic technique of children can be a gateway into their dynamic. The objective of this work is to demonstrate the usefulness of children psychoanalytical technique applied to the treatment of psychotic patients who have limited verbal expression. The method used to achieve the objective is a single case study. The results show that the children psychoanalytical technique joins the other forms of interventional treatment of psychotic adults, having significant qualitative effects.

Keywords: child psychoanalysis, psychoanalytic technique; psychosis.

1 Introdução

A princípio, se pensava que não era possível analisar a criança ou o paciente psicótico. No entanto, em 1909, com o tratamento do pequeno Hans, Freud iniciou de certa forma, a abordagem psicanalítica ao tratamento de crianças.

¹ Psicólogo, Especialista em Teoria Psicanalítica e nas Psicoterapias Psicanalíticas pelo CIPT, Mestre em Psicologia Clínica pela PUCRS, Doutorando em Psicologia pela UFRGS, Professor titular e Supervisor do Contemporâneo: Instituto de Psicanálise e Transdisciplinaridade (CIPT).

A partir daí, muitos analistas se interessaram e fizeram tentativas para enriquecer essa área de trabalho. Tratando de crianças pequenas, Klein (1981a) conseguiu acessar níveis extremamente regressivos e primitivos do psiquismo, incluindo as fantasias inconscientes, o papel da agressividade e da inveja, e os mecanismos de projeção e identificação projetiva.

A principal contribuição da técnica de jogo de Klein foi explicitar o valor dos meios de comunicação e expressão da criança, adequando a técnica à atividade lúdica, sem alterar nenhum dos postulados básicos da mesma. Ao invés de adequar a criança à técnica de adultos, ela adaptou a técnica às necessidades expressivas infantis. A experiência adquirida nesse campo permite aplicar também ao psicótico uma técnica maleável sem concessões teóricas.

Com o trabalho de Freud (1909) e Klein (1981a), foi aberto um caminho para uma possível “elastização” da técnica psicanalítica. Essa elasticidade da técnica permitiu que o clínico se sentisse mais à vontade para utilizar de diferentes formas interventivas que não contrariam os preceitos básicos psicanalíticos. O paciente psicótico está fixado nas primeiras fases do desenvolvimento infantil, e isso nos permite, por exemplo, justificar a utilização de técnicas infantis no tratamento desses pacientes extremamente regressivos. O objetivo do presente trabalho é realizar uma breve recordação a respeito do pensamento psicanalítico sobre a psicose. Além disso, busca-se traçar um paralelo entre a psicanálise de crianças e de psicóticos, a fim de demonstrar que a técnica psicanalítica permite, sim, o tratamento de psicóticos.

É importante salientar que o trabalho psicanalítico com psicóticos foi desaconselhado por Freud, na medida em que eles não seriam capazes de transferenciar ou porque acabariam, mais cedo ou mais tarde, realizando uma forte transferência negativa. No entanto, Freud sempre teve muita cautela em torno dessa questão. Vários textos importantes para a técnica analítica sugerem a impossibilidade do trabalho com psicóticos, embora nenhum seja categórico quanto a esta afirmação. Um texto bastante significativo, "Introdução ao narcisismo" (1914) serviu, de forma sólida, para Freud justificar a impossibilidade de uma transferência dos pacientes psicóticos e, por isso, do tratamento destes pacientes. Acreditava-se que o psicótico – devido a seu grau de narcisismo – era incapaz de estabelecer uma neurose de transferência (que é um grande investimento libidinal *objetal*).

Graças à teoria kleiniana, entretanto, viu-se que as relações objetais estão presentes desde o nascimento. Klein contribuiu nessa questão com a concepção de que *não existe* uma fase “anobjetal”, e que as relações podem se dar com objetos parciais, que mal são percebidos como entidades independentes do indivíduo, mas que constituem, mesmo assim, uma relação objetal, que é, portanto, transferenciável (ZIMERMAN, 1999).

Hoje é de conhecimento clínico que a psicanálise pode ter uma influência enorme sobre esses pacientes. Eles se comunicam com o terapeuta através de formas muito primitivas, não somente por vias verbais, mas também, e muito, por meios não verbais. O clínico tem que se sentir à vontade com a idéia de que o paciente *sempre* está tentando comunicar algo. Assim, é necessário se buscar uma atitude muito aberta, na esperança de que assim o paciente o faça também.

Rosenfeld (1988) indica que um pré-requisito para o tratamento psicanalítico das psicoses é a necessidade de estabelecer contato suficiente com os sentimentos e pensamentos do paciente para saber e sentir o que está acontecendo com ele. Ao se examinar esses processos é possível ressaltar que a empatia e o *insight* do analista, diferentemente de seus conhecimentos teóricos, dependem de sua capacidade de identificar-se com aspectos do *self* do paciente, como com o seu *self* infantil.

A tentativa de entrar em contato somente com os estratos do psiquismo que se encontram mais perto da realidade constitui-se num erro técnico, no que se refere a pacientes psicóticos, pois desta forma não somos capazes nem de estabelecer a situação analítica, nem de reduzir a angústia deles (KLEIN, 1981b).

Freud (1924/1999) já dizia que numa psicose o ego, a serviço do id, perde contato com uma parte da realidade. O ego psicótico tem a necessidade de substituir, então, o que foi perdido num delírio ou alucinação, por exemplo. Freud viu isto como uma tentativa de cura pessoal, de preencher o que foi perdido. De modo geral, podemos dizer que as principais idéias de Freud a respeito da psicose giram em torno da perda da realidade, do ódio intrínseco ao pensar e da própria tentativa delirante de cura.

Ressonâncias

Klein (1981a), por sua vez, diz que as primeiras ansiedades de todos nós são, em conteúdo, psicóticas. Por isso, o desenvolvimento normal do bebê pode ser considerado como uma combinação de processos através dos quais ansiedades de natureza psicótica são ligadas, elaboradas e modificadas.

Num desenvolvimento infantil atípico, esse processo não ocorre, sendo substituído por uma cisão do ego, a qual é muito mais do que uma mera divisão de vivências e relações de objeto. Significa que experiências acontecem de maneira independente, onde a presença de uma *inclui a exclusão* da outra. Dessa forma, o objeto só pode ser afetivamente classificado como totalmente bom ou como totalmente mau. O ego não aceita a existência de um objeto em que virtudes e defeitos coexistem. Isto acaba por fixar a criança na posição esquizoparanóide, que é a posição psíquica encontrada na estrutura esquizofrênica.

Klein (1981b) diz que, da mesma forma que na criança, o estabelecimento da relação do psicótico com a realidade, o fortalecimento de seu ego, e a “saída” da rigidez esquizoparanóide só ocorrem de forma lenta e gradual, e formam o resultado, não a condição *sine qua non* do trabalho analítico.

Bion (1986), em sua experiência com psicóticos, sugeriu que parte da técnica consiste em reunir impressões e sentimentos, até estar em posição de formular uma interpretação baseada nesse entendimento. Para isso, ele presume que a análise do próprio terapeuta configura-se como parte da técnica, no sentido que ela tenha avançado o suficiente para que o analista não projete os seus próprios “conflitos e fantasias sobre o paciente” (p.237).

Além disso, Bion (1991) constatou a presença do que chamou de “parte psicótica da personalidade” (p.69), cuja principal característica é a existência de fortes pulsões destrutivas, com predomínio da inveja e voracidade. Estas pulsões atuam dentro do próprio psiquismo e contra ele, determinando o surgimento de uma poderosa ansiedade de aniquilamento. É para “enfrentar” este tipo de angústia que o paciente, da mesma forma que o bebê, utiliza-se de defesas extremamente primitivas, como a negação onipotente, a dissociação, a projeção e identificação projetiva e introjetiva, a idealização e o denegrimiento.

Ressonâncias

Bion (1991) aponta que há um uso exagerado da clivagem e das identificações projetivas, ocorrendo uma tendência à “fusão” com o objeto necessitado, do que pode resultar uma “confusão” entre os dois, de forma que haja uma desfocalização das diferenças entre um e outro. Isto pode interferir nos processos reparadores, levando à produção de “objetos bizarros”, ao invés de restaurar o objeto original.

Rosenfeld (1988) salienta que os psicóticos utilizam destes mecanismos porque se sentem assustados demais para lidar com seus sentimentos ou para refletir a respeito deles sozinhos. A terapia, no entanto, tem o potencial de administrar estes sentimentos e de refletir sobre eles, e é essa capacidade que o ambiente terapêutico dá, aos poucos, ao paciente para que ele possa desenvolvê-la em si mesmo. É essencial que o paciente encare a terapia como algo revigorante e que o terapeuta esteja consciente de que o próprio *setting* e a técnica utilizada por ele podem exercer um efeito amortecedor nas angústias do paciente e, a partir daí, influenciar positivamente na vida dele.

De modo geral, parece haver um consenso entre os analistas que uma parte importante da técnica é que o psicoterapeuta deve reconhecer inteiramente o que o paciente sente e precisa, sem esquecer-se de que o paciente é um ser com existência própria e também um adulto (BION, 1986; ROSENFELD, 1988; GABBARD, 1992; SEARLES, 1999). É preciso muito tato e sensibilidade para interpretar isso para o paciente de modo que ele sinta-se ajudado e acolhido pelas palavras do terapeuta.

O paciente esquizofrênico precisa de figuras terapêuticas em sua vida. Ele necessita de alguém que facilite a compreensão dos medos e fantasias que estão impedindo e atrapalhando a sua relação com o mundo externo.

“O que os pacientes esquizofrênicos mais precisam (...) é de indivíduos preocupados, capazes de oferecer relações humanas compassivas, como refúgio de um mundo confuso e ameaçador” (GABBARD, 1992, p.130).

Neste ponto, gostaria de oferecer uma ilustração clínica, descrevendo alguns eventos da vida e da psicoterapia de um homem de 27 anos, Ernesto.

A história de Ernesto é a história de um bebê *atípico*, no que se refere à tranquilidade afetiva necessária para o desenvolvimento nos primeiros anos de vida. Um bebê onde os processos de ligação, elaboração e modificação não ocorreram, e o resultado foi que as ansiedades primitivas, aterrorizantes, permaneceram imodificadas, e constantemente ameaçam tomar conta da psique do adulto psicótico.

Ernesto era o filho do meio de uma prole de três. Possuía uma irmã, Fernanda, de trinta e um anos, e um irmão, Gabriel, de vinte e dois. Ernesto era um homem bastante alto (cerca de 2 metros de altura) e corpulento. No primeiro encontro, estava com a barba por fazer, de camiseta regata, bermuda e sandálias. Suas unhas, tanto da mão, quanto do pé, nitidamente precisavam de corte.

Ernesto veio acompanhado de sua mãe, Joana. Mostrou-se muito silencioso e reservado. Ficou sentado, olhando para o chão durante quase todo o tempo. Em alguns momentos, ficou muito ansioso e desconfiado, esfregando as mãos nos joelhos. A mãe trouxe como queixa principal a agressividade verbal e a incapacidade de “ajudar em casa”. Além disso, referiu que Ernesto tinham dificuldades de relacionamento com a irmã mais velha e com o irmão mais novo. A mãe também relatou que Ernesto sempre foi “meio diferente desde pequeno”, e que “as coisas pioraram muito nos últimos dois meses, depois da morte do avô”.

Ela comentou: “algumas coisas em Ernesto estão estagnadas. Ele tem falado palavrões e está dizendo que vai matar todo mundo se as coisas não forem como ele quer. A gente tenta conversar, dizer que não é assim, mas não adianta”.

A mãe, ansiosa, relatou um dado importante: seu falecido marido tinha crises muito fortes de asma e morrera durante uma nebulização, em casa, por “parada cardiorrespiratória”. Além disso, também contou que o marido tinha muitas “alergias de pele”, e “ficava deformado, cheio de feridas, rachaduras e bolhas quando estava ansioso ou nervoso com alguma coisa”. Relatou também que “ele saía para beber todos os dias, ou então bebia em casa mesmo e se trancava no quarto”.

Quando a mãe de Ernesto engravidou, ela passou a viver uma situação delicada com o marido, José. Eles já tinham Fernanda, e José não queria outro filho “de jeito nenhum”. Com a

notícia da segunda gravidez, José disse que “não queria e nunca iria aceitar aquela criança”. Joana sentiu-se abandonada, deixada de lado, desde o início da gestação de Ernesto.

José estava sempre com um humor irritadiço, e Joana relata que a notícia da “vinda de Ernesto piorou” o humor de seu marido, pois a irritação passara a ser algo quase que diário durante a gestação. O marido chegara a dizer: “eu cuido da Fernanda e crio ela. Tu pode ficar com esse aí pra ti, que eu não quero!”.

Joana conta que, fisicamente, a gravidez transcorreu sem maiores problemas “a não ser as coisas normais, como enjôo e tontura”. Ernesto veio ao mundo nascendo de parto normal. Tinha peso adequado, medidas adequadas. Seus problemas começariam em casa. Seu pai não o queria por perto e sequer acompanhara a esposa no hospital; tarefa que ficara para o pai de Joana, avô de Ernesto. Fernanda, a irmã mais velha, unira-se ao pai e mostrara muito rechaço para com o recém-nascido.

Joana conta que Ernesto era um bebê quieto nos primeiros meses, porém muito faminto. “Querida mamar, mamar e mamar”. Relata que isso a cansava muito, ainda mais que se sentia só, abandonada pelo marido e pela filha, com “aquele bebê que mal havia nascido e já causava tanto problema em casa”. Ernesto parou de mamar pelos seis meses, por opção da mãe.

A situação se agravou quando Ernesto entrou no oitavo mês de vida. Começaram-se choros ininterruptos cuja origem não era identificada. Joana não sabia o que fazer. Destorreada pelos berros, gritos e esperneios do bebê, resolveu levá-lo ao hospital, após cerca de dez dias. O pediatra o examinou e constatou forte inflamação nos ouvidos (otite).

Foram receitados antibióticos, mas a mãe conta que a otite não passou. Ernesto seguia chorando e gritando de dor. O pai dele, irritado com o choro, passara a gritar também, chegando a segurá-lo e a sacudi-lo, dizendo “cala a boca, seu merdinha!”. Nisso, Joana também chorava e sentia-se impotente.

Após dois meses de otite, a mãe resolveu levar Ernesto novamente ao médico, que se espantara com o fato do bebê ainda estar com a inflamação, a qual “fazia sair pus dos dois

ouvidos”. Conta que o pediatra irritara-se e dissera que ela teria que cuidar melhor da criança, senão ela poderia ficar surda.

Mais remédios foram administrados, mas Ernesto seguira com otite. “Ele não tinha mais forças pra chorar. Ele só dormia de cansaço e acordava constantemente. Eu só conseguia alimentá-lo quando ele pegava no sono. Ele comia dormindo e, se dormia, o sono era agitado. Se acordado, só chorava e gritava”.

Esta otite e estas idas e vindas ao hospital, além da situação tensa em casa, continuaram até Ernesto estar quase com três anos, quando a medicação “finalmente fez efeito”. Constatamos, aqui, que foram 28 meses de dor. 28 meses de choro. 28 meses de pedido de ajuda.

Nesse período, Ernesto estivera impossibilitado de grandes aquisições cognitivas e afetivas. Seu mundo fora somente dor e pequenas satisfações que ocorriam quando caía no sono por exaustão.

Joana relata que as coisas melhoraram quando Ernesto parou de chorar. O marido e a filha ficaram menos irritados e ela, carente, até reaproximara-se de José.

Quando Ernesto estava com cerca de três anos e meio, Joana engravidou do terceiro filho, Gabriel. Ela decidira informar ao marido “somente quando não houvesse mais jeito, pois não queria passar por tudo aquilo de novo”.

Em relação a Ernesto, ela comenta que ele não chorava mais. Ou melhor, que nunca mais chorou. Ficava sentado, desenhando, assistindo a televisão, ou simplesmente olhando a parede, soltando alguns gemidos repetitivos. Começou a falar aos poucos, e falava muito pouco. Nunca tomava iniciativa, nunca reclamava.

Aos três meses de gravidez, não pôde mais escondê-la e foi obrigada a falar ao marido a respeito da mesma. Diz que foi um período de muita angústia para ela até conseguir falar. Conta que, várias vezes abraçara-se em Ernesto e começara a chorar.

Ressonâncias

José, ao receber a notícia da terceira gravidez de sua esposa, não disse nada. Pegou seu casaco e saiu com Fernanda, que estava com oito anos. Voltou bêbado, sem a menina. Joana, desesperada, perguntara onde estava sua filha, e José só dizia “outro não. Outro não”. A mãe saiu desesperada a procurar por Fernanda, e a encontrou dormindo num bar perto de sua casa.

Depois disso, José e Joana quase não se falaram mais. Ele seguira bebendo, e tendo crises cada vez mais fortes. Fernanda aproximara-se um pouco mais dela, pois o pai encontrava-se inacessível para todos.

Quando Gabriel nasceu, Joana passara a cuidar “sozinha dos três filhos”. O marido, trabalhando numa repartição pública, “trazia dinheiro pra casa, apesar de tudo”. Joana não trabalhava, e tinha somente o ensino fundamental completo.

Um dia, num domingo, Joana resolvera levar os três filhos para passar o dia na casa do avô. Ernesto estava com cinco anos, Fernanda com dez e Gabriel com quase dois. Quando retornou com as três crianças, deparou-se com José caído no chão, sobre seu nebulizador ligado e uma mancha de sangue no carpete. Estava morto. Tivera, segundo os médicos, uma parada cardiorrespiratória enquanto fazia a nebulização.

Fernanda chorou muito a perda do pai. Joana chorou muito a perda do marido e a constatação de estar definitivamente só com três crianças. Gabriel chorou muito por ver a irmã e a mãe chorando. Ernesto não chorou.

A partir daí, o pai de Joana passara a visitá-los todos os dias. Pegava Gabriel no colo e assistia a desenhos animados na televisão, para fazer companhia a Ernesto. Fernanda não chegava perto do avô, e passara a culpar a mãe e a Ernesto pela morte do pai.

Chegou, então, o momento de Ernesto ir para a escola. Ele estava com sete anos e conseguira acompanhar a turma durante o primeiro ano, com dificuldades. No segundo ano, a escola chamou a mãe para dizer que “havia algum problema com ele”. Não conseguia mais aprender, recusava-se a comer e “falava sozinho”.

Joana novamente se desesperou: “Não sabia o que fazer com aquela criança”. O colégio indicou uma escola pública para crianças especiais, e a mãe, relutantemente, resolveu matriculá-lo.

A situação melhorou um pouco. Com assistência especializada, Ernesto retomou a escola. Passara a desenhar melhor e aprendeu a ler e escrever. A mãe e o avô aliviaram-se.

No entanto, Ernesto não conseguia aprender a contar, a lidar com dinheiro, ou a ver as horas, e já estava com dez anos. Além disso, a escola especial só comportava jovens até os doze anos de idade, e logo Joana “teria que procurar outro lugar para seu filho”.

Joana resolvera, então, levar Ernesto a um médico, por orientação da escola. Levou-o a um hospital, onde um clínico geral o atendeu. Ernesto foi, então, encaminhado para a psiquiatria infantil. Depois de quatro consultas, a mãe foi chamada. Joana perguntou o que seu filho tinha e o médico respondeu: “minha senhora, o problema do seu filho nunca vai passar, ele tem esquizofrenia. É um tipo de, digamos, loucura”. A mãe novamente encontrou-se em desespero: “Sabe o que é ouvir isso de um médico?”- perguntou.

Aquela frase a acompanhou. Um dia, após assistir ao filme *Rain Man*, que trata de um caso de autismo na idade adulta, identificou “várias características de seu filho”. O isolacionismo, a repetição de palavras, o falar sozinho, os gestos estereotipados e a frase do médico fizeram com que Joana fechasse o diagnóstico: “meu filho é um autista”, sentenciou.

Naquela época, Ernesto estava com quatorze anos, e Joana conseguiu o telefone de uma clínica de tratamento de autistas. Joana procurou esta clínica, que a recebeu de braços abertos, dizendo que sim, que Ernesto era um autista e precisava da ajuda deles, apesar do local não contar com um serviço de psiquiatria ou de psicologia.

Pronto. Joana conseguira ajudar o seu filho. Sentimentos de alívio vieram acompanhados de novas aquisições de Ernesto. Ele passara a ficar todas as tardes das duas às dezenove horas na clínica. Aprendia, junto a autistas de todas as idades, a fazer artesanato, esculpir, pintar, desenhar, cantar, etc.. Além disso, ele estava “com pessoas iguais a ele”, segundo a mãe.

Com isto, a vida familiar passara a transcorrer de forma mais tranqüila. O problema,

Ressonâncias

aparentemente, havia sido resolvido. Esta fase menos turbulenta durou aproximadamente dez anos.

Em julho de 2000, morreu o avô de Ernesto. Foi muito difícil para toda a família, pois ele havia sido durante um bom tempo o “pai” de todos, e a ajuda nos momentos mais difíceis.

A partir daí Ernesto passou a brigar com o irmão, trancando-se no único banheiro da casa “por cerca de três horas”. Recusava-se a fazer o que lhe era solicitado. Não tolerava que nada fosse exigido. Quando questionado ou confrontado, dizia que “iria pegar uma faca e matar todo mundo”.

Na clínica para tratamento do autismo, não sabiam o que fazer. Ernesto recusava-se a fazer parte das atividades usuais com os outros e, quando se tentava integrá-lo, as ameaças por parte dele retornavam. Ernesto passara a destoar das “pessoas que eram iguais a ele”.

Desta forma, Ernesto foi encaminhado para atendimento psicológico. Após o período de avaliação, foi visto que o autismo relatado pela mãe e pela clínica configurava-se como apenas *um* de seus *sintomas*. Não se estava lidando com um autista ou “pós-autista”, e sim com um caso de psicose, mais precisamente esquizofrenia.

Ernesto apresentava alucinações auditivas. Ouvia uma voz que fazia comentários acerca das coisas que ocorriam a sua volta. Não havia crítica da doença. Havia a presença de desorientação autopsíquica e desorientação alopsíquica parcial, evidenciada por qualquer mudança em nível de *setting* terapêutico (horário ou dia das consultas). O paciente tinha memória recente preservada. Apresentava, no entanto, muitas dificuldades em relação à memória de evolução, constatada pela dificuldade em lembrar acontecimentos significativos antigos. O pensamento era mágico, onipotente. Ernesto relatava que se não quisesse, nunca iria morrer. O paciente apresentava ideias delirantes, de conteúdo persecutório e de aniquilamento. Seus delírios eram de tipo não sistematizado, caracterizados pela ausência de uma interpretação total dos conteúdos delirantes, de tal modo que o todo se apresentava como formado de pequenos fragmentos, sem associação muito precisa. Ernesto, como será visto adiante, contava que existiam ratos que o devorariam vivo enquanto dormia. Sua conduta era regressiva e, às vezes, bizarra. Ernesto tinha gosto por coisas infantis, como brinquedos, desenhos animados e revistas

Ressonâncias

em quadrinhos, apesar de ser um homem de 27 anos. Vestia-se sem harmonia de cores nas peças de vestuário. Podia utilizar uma jaqueta jeans por cima de uma camiseta regata e colocar sobre a primeira jaqueta outra jaqueta, constituindo um aspecto bizarro, que era enfatizado pelo modo estereotipado que caminhava, com as costas e ombros bem curvados para frente, com a expressão fixa, séria, e com movimentos robotizados.

O diagnóstico, entretanto, era de importância secundária. Ernesto era *um prisioneiro da própria história*. Seu passado vivia em seu presente.

A seguir, descrevem-se algumas passagens de uma consulta que ocorreu depois de um período de férias.

Ernesto entrou no consultório e sentou-se junto à mesa de trabalho, em uma cadeira. Disse que se divertira muito nas férias, vendo as brigas dos bugios que viviam no mato em volta da casa. Disse: “é engraçado. Eles ‘cagam’ na mão e jogam a merda na gente”. Associou que estava com fome, e que achava o horário das 08h10min muito cedo, pois não tivera tempo de tomar o café da manhã.

A irritação não era só por causa do horário, mas sim pelo fato de que, em sua fantasia, se ele saísse de férias e ficara dois meses sem me ver, a culpa era minha, para ele. Num funcionamento mental a nível inconsciente, as coisas estão sempre fora de lógica. Além disso, a fome que sentia poderia ser encarada como o “buraco” que a minha ausência deixou dentro dele. Esta foi a forma que encontrou para dizer que eu já estava dentro dele, pois ele ainda não aprendera a reconhecer e nomear seus sentimentos. Os bugios significariam suas representações mais primitivas, ainda não controláveis, como o ódio e a inveja.

Ao final da sessão, combinei que nossos encontros mudariam para as 09h50min da manhã, dizendo que assim ele poderia tomar seu café, e vir mais tranquilo. Constatei que esta concessão fortaleceu o vínculo de confiança para com a minha pessoa e com a própria terapia.

Na sessão seguinte, Ernesto chegou no horário e parecia com o humor usual anterior às férias. Entrou na sala e pegou os materiais gráficos para fazer um desenho. Disse que iria fazer

uma história em quadrinhos que gostava muito, e que se chamava “Os três gremistinhas e um colorado mau”.

Assim que começou a desenhar, vi que era uma analogia explícita aos Três Porquinhos e o Lobo Mau. Ele fez a divisão da folha em quadros e passou a desenhá-los, um a um.

A história feita por Ernesto acabava com a *construção* das três casas (a de palha, a de madeira e a de tijolos). Nenhuma delas fora derrubada pelo “colorado mau” (lobo). Todas ficaram intactas.

Questionei-o a respeito de que casa ele gostaria de morar, caso fosse um “gremistinha”. Ele me disse que na de “pedra”, justificando que essa o “colorado mau” nunca iria poder destruir.

O conto dos três porquinhos diz respeito à escolha entre seguir o princípio do prazer ou da realidade na vida (BETTELHEIM, 1979). O fato de Ernesto optar pela casa de tijolos faz pensar numa tentativa de viver de acordo com o princípio da realidade, adiando o seu desejo de “brincar” e ficando mais tempo trabalhando na construção da casa, refletindo uma capacidade de planejamento futuro. Esta habilidade de “antecipar” o comportamento do “inimigo” é uma tentativa de amadurecimento, de reflexão.

O “colorado mau” é o que tenta seduzir e fazer cair na armadilha, e o porquinho que constrói a casa de tijolos é o que é capaz de derrotar os poderes mais fortes e mais ferozes que ele. Poderes estes que, representados pelo lobo, configuram-se no não-social, no inconsciente, nas ameaças devoradoras que só podem ser derrotadas pelo esforço e força do próprio ego. A identificação com os porquinhos do conto de fadas traz a esperança de que há possibilidades de progresso do princípio do prazer para o princípio da realidade (BETTELHEIM, 1979).

Ernesto tentou demonstrar que ele não só estava recebendo uma esperança (o tratamento), mas também estava aprendendo que através do desenvolvimento de uma inteligência “reflexiva” ele poderia sair-se vitorioso sobre um oponente que era vivenciado claramente como mais forte do que ele: suas próprias ansiedades primárias.

Entretanto, ele mostrou que *ainda* não estava pronto para a decisão de enfrentar o “lobo”, pois isso implicaria em ter que aceitar a morte por “devoramento” de objetos internos, e a destruição do mau, através de um primitivo senso de justiça, onde quem quer destruir deve ser destruído. A sua impossibilidade de aplicar esta regra indica uma percepção inconsciente de que *o mau também está dentro dele*, representado pelo desejo de devorar e a consequência: o pavor de ser devorado, aniquilado.

A identificação com o porquinho “prático” e esperto pode ser entendida como a identificação com um ideal onipotente. Os três porquinhos representam, também, fases de amadurecimento e estruturação egóica. O mais velho dos porquinhos é sempre o “melhor”. As fragilidades estruturais são mostradas pela fragilidade das casas dos irmãos menores.

A sessão que narrada a seguir ocorreu cerca de dois meses após esta última, intermediada por oito encontros.

Ernesto chegou aparentemente bastante calmo. Trouxe consigo, numa sacola plástica, um álbum de figurinhas de dinossauros. Prontamente, abriu o álbum e começou a me contar a história dos dinossauros, desde o *Big Bang* que criou o universo.

O álbum era intitulado “Monstros do Passado”. Ernesto descreveu os primeiros mamíferos, os carnívoros, os herbívoros, até que virou uma página e leu: “O passado vive no presente”. Nesta página, estavam retratados animais que são descendentes diretos dos dinossauros, como crocodilos e lagartos. Perguntei-lhe o que ele achava daquela frase. E ele respondeu dizendo que “aqueles animais só eram feios e perigosos hoje porque tinham antepassados monstruosos”.

Os “monstros” do passado ainda o perseguiram, o que faz com que o mundo fosse “feio e perigoso” de se encarar. Mostrei o álbum a ele e devolvi que ele estava me dizendo que as coisas mudavam, evoluíam, como os dinossauros. Disse-lhe que provavelmente ele mesmo queria mudar algumas coisas dentro dele, e que queria lembrar algumas coisas de seu passado para entender melhor esses “monstros”. Ele concordou, sorrindo.

Após um breve intervalo em silêncio, comentou que ratos lhe incomodavam à noite. Disse que seu gato havia pegado um deles, mas não o comera. Havia apenas matado. Questionei mais e

ele me disse que existiam dois tipos de ratos: “os brancos, que são bonzinhos, e os pretos, que são maus”.

Mostrou-se preocupado com o fato dos ratos pretos transmitirem “doenças terríveis”, além de comerem as pessoas vivas. Perguntei o que se podia fazer para impedir que isto acontecesse, e ele disse que a única solução possível era matando-os ou afugentando-os para bem longe.

Através da identificação projetiva, Ernesto “expulsava” para fora de si os perseguidores internos que assumiam a forma de objetos bizarros personificados como, por exemplo, ratos negros devoradores de gente. No brinquedo infantil esse tipo de fenômeno também é muito claro.

Nestes momentos, via-se claramente a parte delirante e psicótica da personalidade de Ernesto se manifestando. Aos poucos ia lhe devolvendo clarificações, elucidações e interpretações a respeito destes objetos persecutórios. Algumas ele aceitava, outras não. No entanto, muitas vezes se aguardava o aparecimento desta “ganguê” que o perseguia e ao mesmo tempo o protegia, pois ela parecia ser o foco de todo trabalho no que dizia respeito ao esbatimento dos sintomas mais regressivos. Além disso, esta postura técnica auxiliava reforçar o lado neurótico e menos comprometido de seu ego.

2 CONCLUSÃO

O grande drama da esquizofrenia parece ser a necessária opção entre desejos de manter um estado psicológico no qual pode existir significado, e desejos de destruir o significado e o pensamento, além da própria capacidade de adquirir experiência e pensar. Isto provavelmente ocorre porque os próprios conteúdos mentais, incluindo percepções, sentimentos e pensamentos são encarados como ameaçadores e causadores de uma dor insuportável e um conflito incontrolável.

Searles (1959/1981) comenta que sua experiência clínica o levou a considerar que um indivíduo torna-se esquizofrênico, em parte, devido a um esforço prolongado, parcial ou totalmente inconsciente, de uma ou mais pessoas que tiveram importância nos seus primeiros anos de vida para levá-lo à loucura. Estas pessoas freqüentemente criam situações e estabelecem

vínculos que visam precipitar ou engendrar psicoses em outras, enquanto elas próprias permanecem imunes a sintomas aparentes.

Lacan (1955-1956/1966) afirma que uma psicose se estrutura a partir da forclusão do significante Nome do Pai. Além disso: a presença onipotente da mãe impede que a função paterna possa entrar em cena. A função paterna, caso ocorresse, teria a incumbência de fazer funcionar os significantes articuladores do contato com a realidade. Sem isso, a constituição de um sujeito saudável torna-se praticamente impossível.

Os psicóticos têm a infelicidade de sofrer pelo que passaram e pelo que *não* tiveram em seu passado: compreensão, carinho, afeto e ternura suficientemente adequados. Tornam-se, como Ernesto, prisioneiros de seus objetos, de seus vínculos e de sua própria história. O destino do psicótico se cristaliza na forma como ele foi excluído por um ou por outro genitor da possibilidade de pertencer a uma triangulação afetiva típica. Isso o sentencia, tal qual um prisioneiro, a nunca possuir uma identidade. O sujeito é acorrentado em um calabouço relacional que o transforma num objeto parcial. Para que esse paciente possa ter a chance de se tornar sujeito dentro do tratamento, é preciso uma pronta modificação no sistema relacional e de linguagem no qual se encontra aprisionado. Somente após isso há a possibilidade de que o sujeito não realize uma transferência negativa que impeça o tratamento. Essa modificação do sistema relacional pode exigir que haja, por parte do clínico, coragem para modificar a técnica de forma suficientemente boa para que ela possa acessar o sistema de linguagem que foi escolhido pelo paciente.

No caso de Ernesto, uma elastização da técnica foi necessária, e se disponibilizou material gráfico e artístico para que Ernesto se sentisse à vontade para se expressar por uma via não verbal. Essa conduta permitiu que se fosse, aos poucos, devolvendo o conteúdo do material que ele trazia na forma de atividades interpretativas, da mesma forma que fazemos com crianças na clínica. A maneira pueril com que Ernesto se dedicava a cada um de seus desenhos equivalia ao de uma criança. Ao mesmo tempo, a qualidade e solidez dos traços e a intensidade das cores eram como as de um cartunista profissional.

A atividade interpretativa foi relacionando seus desenhos com elementos de sua realidade externa e interna, e os resultados fizeram-se sentir em duas direções: em casa, sua mãe notou,

surpresa, que ele passara a comportar-se de maneira muito mais livre e independente, e na terapia, ele teve uma reação típica ao *efeito liberador da interpretação* (expressão de Melanie Klein, 1981a). Detalhes que antes só eram visíveis aos olhos mais atentos foram, gradativamente, através de altos e baixos, tornando-se cada vez mais acentuados com o passar do tempo, e foram sofrendo importantes modificações que integravam inclusive as formas de expressão e comunicação utilizadas por ele.

Assim, no caso de Ernesto, os desenhos em silêncio, com a cabeça baixa, evoluíram gradualmente para um verdadeiro talento nos trabalhos manuais e no desenho, acompanhados de conversas animadas a respeito dos mesmos e sobre sua vida, sem que houvesse qualquer incentivo ou solicitação explícita por parte do terapeuta.

Esse trabalho abordou o caso de Ernesto a partir de um ponto de vista técnico em particular, sem ter a pretensão de esgotar o assunto. É importante deixar claro que, pela complexidade do caso, outros clínicos poderiam focar a questão de outra forma.

A fim de encerrar esse trabalho, oferecem-se as seguintes palavras de Bion:

“não desejo deixar qualquer dúvida de que a abordagem que estou descrevendo é uma que, em minha opinião, está produzindo resultados bastante surpreendentes. A mudança que ocorreu nesse paciente durante as semanas em que pude demonstrar o interjogo que acabei de descrever foi de um tipo que, acredito, qualquer analista admitiria merecer chamar-se de melhora psicanalítica. O comportamento do paciente abrandou-se; sua fisionomia tornou-se muito menos tensa. Nos inícios e nos terminos de sessões ele me olhava nos olhos e não me evitava, nem tampouco – o que era comum no seu caso – focava para além de mim, como se eu fosse a superfície de um espelho frente ao qual ele encenava algum drama interno, uma peculiaridade que muitas vezes me ajudara a perceber que eu não era uma pessoa real para ele. Infelizmente não é fácil descrever tais fenômenos, e não posso me alongar tentando fazê-lo, embora deseje chamar atenção para uma melhora que considerei – e ainda considero no caso de outros pacientes – surpreendente e desconcertante” (1991, p.82).

Referências

BETTELHEIM, B. **A psicanálise dos contos de fadas**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

BION, W. R.. **Diferenciação entre a personalidade psicótica e a personalidade não psicótica**. Melanie Klein Hoje: Desenvolvimentos da teoria e da técnica. Rio de Janeiro: Imago, 1991.

_____. **A linguagem e o esquizofrênico**. Novas tendências da psicanálise. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986.

FREUD, S. Análise de uma fobia em um menino de cinco anos. In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas completas de S. Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1999. v.10. p.11-154. (Texto original publicado em 1909).

_____. Introdução ao narcisismo. In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas completas de S. Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1999. v.14. p.89-114. (Texto original publicado em 1914).

_____. A Perda da Realidade na Neurose e na Psicose. In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas completas de S. Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1999. v.19. p.101-108. (Texto original publicado em 1924).

GABBARD, G. **Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

KLEIN, M. **Psicanálise da criança**. São Paulo: Mestre Jou, 1981a.

_____. **Contribuições à psicanálise**. São Paulo: Mestre Jou, 1981b.

Lacan, J. (1966). **D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose**. In *Écrits*. Paris: Seuil, 1966. (Originalmente publicado em 1955-1956)

ROSENFELD, H. **Impasse e interpretação**. Fatores terapêuticos e antiterapêuticos no tratamento psicanalítico de pacientes neuróticos, psicóticos e fronteiriços. Rio de Janeiro: Imago, 1988.

SEARLES, H. F. **Countertransference and related subjects**. Madison: International Universities Press, 1999.

_____. O esforço para enlouquecer o outro: um elemento na etiologia e na psicoterapia da esquizofrenia (1959). *Família, Psicologia e Sociedade*. Rio de Janeiro: Editora Campus Ltda., 1981.

ZIMERMAN, D. E. **Fundamentos psicanalíticos: teoria, técnica e clínica**. Uma abordagem didática. Porto Alegre: ArtMed, 1999.