

LIMITES E POTENCIALIDADES DA PSICANALISE ORTODOXA EM RELAÇÃO A ESQUIZOFRENIA

Bruno Gabriel Dal Pasquale*
Izadora Dalvanteo Zavatin**
Thais Cristina Fondazzi Radecki***

RESUMO

A esquizofrenia é um transtorno psicopatológico que encontra sua explicação, de acordo com a teoria psicanalítica ortodoxa, a partir da desintegração do ego e da regressão a uma fase de narcisismo primário, pois, há um retorno à época em que o ego do indivíduo estava começando a se formar, isto é, que ainda não havia se estabelecido. Neste sentido, entendendo que esta abordagem explica de forma abrangente e coesa tal transtorno, mas se torna incapaz de tratar o indivíduo dele acometido, pelo fato do processo terapêutico não ocorrer de forma integral pela ausência de contato com a realidade por parte do paciente, o presente artigo tem como objetivo realizar uma apresentação clara dos limites e potencialidades atingidos pela psicanálise ortodoxa para com esquizofrênicos, fundamentado em vários autores, sendo a maioria pertencente a comunidade psicanalítica. Para tanto, inicialmente, foram empregados conceitos fundamentais da teoria psicanalítica ortodoxa elaborados por Sigmund Freud, como: id, ego, superego, fases do desenvolvimento psicosssexual infantil, libido, mecanismos de defesa, narcisismo, entre outros. Em seguida, propõe esclarecimentos sobre o transtorno esquizofrênico, incluindo sua definição, história, sintomas, subtipos, prevalência e dados relevantes, caracterizando-o como um conjunto de dois ou mais sintomas, dentre alucinações, comportamento desorganizado ou catatônico, delírios, discurso desorganizado e/ou sintomas negativos. Por fim, elabora-se o entendimento psicanalítico acerca da esquizofrenia.

PALAVRAS-CHAVE: Psicanálise; Esquizofrenia; Freud.

ABSTRACT

Schizophrenia is a psychopathological disorder that finds its explanation, according to the orthodox psychoanalytic theory, from the disintegration of the ego and regression to a phase of primary narcissism, therefore, there is a return to the time when the individual's ego was beginning to form, that is, that had not yet established. In this sense, understanding that this approach explains in a comprehensive and cohesive manner such disorder, but is unable to treat individuals affected by it, because the therapeutic process does not occur in its entirety by the absence of contact with reality by the patient, this article aims to make a clear presentation of the limits and

*Acadêmico do quinto período do curso de Psicologia da Faculdade União de Campo Mourão – UNICAMPO.

**Acadêmica do quinto período do curso de Psicologia da Faculdade União de Campo Mourão – UNICAMPO.

***Psicóloga e docente do curso de Psicologia na Faculdade União de Campo Mourão - UNICAMPO.

potentialities reached by orthodox psychoanalysis toward schizophrenia, based on several authors, most of them belonging to the psychoanalytic community. Therefore, initially, fundamental concepts of orthodox psychoanalytic theory developed by Sigmund Freud as id, ego, superego, psychosexual stages of child development, libido, defense mechanisms, narcissism, among others were employed. Then, proposes clarifications of the schizophrenic disorder, including its definition, history, symptoms, subtypes, prevalence and relevant data, characterizing it as a set of two or more symptoms, among hallucinations, disorganized or catatonic behavior, delusions, disorganized speech and/or negative symptoms. Finally, draws up the psychoanalytic understanding of schizophrenia.

KEYWORDS: Psychoanalysis, Schizophrenia, Freud

INTRODUÇÃO

Para Kaplan e Sadock (1988), o indivíduo esquizofrênico apresenta uma diversidade de sintomas distintos para o transtorno, os quais para teoria psicanalítica são provenientes da desintegração do ego descrita por Freud e que desempenha um papel de retorno a fase oral do desenvolvimento psicosssexual infantil, período em que o ego ainda não estava formado ou havia começado a se formar, tendo como grande influência a relação inicial entre mãe e bebê.

Segundo o DSM IV-TR (2002), a esquizofrenia classifica-se como um conjunto de transtornos mentais e está inserida no grupo das psicoses⁴, também sendo dividida em subtipos.

Levando estas premissas em consideração, este artigo discute sobre os limites e potencialidades atingidos pela psicanálise ortodoxa acerca do transtorno esquizofrênico, por conseguinte, os objetivos específicos se remetem a explicação da teoria psicanalítica ortodoxa de Freud, bem como seus principais conceitos; Apresentação de uma definição clara do transtorno esquizofrênico, também apontando sua história, subtipos e dados relevantes; O esclarecimento de porquê a teoria

4 “Uma forma extrema de distúrbio mental [...] Os psicóticos perdem contato com a realidade e vivenciam o inconsciente de maneira direta por meio de alucinações.”. (CLONINGER, 1999, p. 43).

psicanalítica ser capaz de explicar, porém, não conseguir tratar a esquizofrenia com eficácia.

PRINCIPAIS CONCEITOS DA PSICANALISE ELABORADOS POR FREUD

Sigmund Freud, fundador da psicanálise se consagrou por abordar questões do consciente e inconsciente da mente humana, além de desenvolver conceitos sobre a psicosexualidade infantil, estruturando o desenvolvimento de cada ser em fases de organização libidinal, pois, segundo ele, todo indivíduo é guiado através de seus instintos, apresentando o inconsciente como fator determinante das vontades de cada indivíduo. (GOODWIN, 2010).

Segundo Davis, Fiori e Rappaport (1981), a descoberta do inconsciente foi a terceira grande ferida no narcisismo humano, pois, tira o homem do domínio sobre a sua própria vontade. Mais que nossos instintos, para Freud, o inconsciente é uma vida paralela ao consciente, sendo a morada de tudo aquilo que é recalcado no indivíduo, de modo a se constituir por desejos sexuais reprimidos, vontades não saciadas, experiências traumáticas recalçadas e tudo aquilo que está fora do nosso consciente. Anos depois, Freud adota novos termos para seus conceitos, de modo que o consciente e o inconsciente passam a serem classificados em id, ego e superego.

O id traz tudo aquilo que é recalcado e reprimido no ser, além de ser composto pelos instintos, pulsões sexuais e agressivas que são inatos, sendo assim, o id é o reservatório de energia libidinal de cada indivíduo, a qual se mobiliza em prol da satisfação de vontades, ignorando leis éticas e morais, funcionando puramente pelo princípio do prazer. (GOODWIN, 2010).

Já o ego é a instância psíquica intermediária entre os desejos de nossos instintos e a realidade, também considerada como a nova etapa de adaptação evolutiva do sujeito. “O ego que funciona bem, segundo Freud, serve de mediador, direcionando as necessidades provenientes do id de maneira realista e compatível com os valores morais.”. (GOODWIN, 2010, p. 432).

O ego também é integrado por partes conscientes e inconscientes, como no caso dos mecanismos de defesa, que são os processos psíquicos inconscientes que tem a finalidade de afastar um evento de angústia da percepção consciente, afastando

a vivência de fatos dolorosos, os quais o organismo não está pronto para suportar, pois, poderia gerar sofrimento ao indivíduo. (GOODWIN, 2010).

O afastamento acima informado, poderia ser realizado mediante a repressão dos conteúdos angustiantes; Temos então que a repressão é um dos mecanismos de defesa que tem por função tirar da consciência, mantendo no inconsciente determinado evento, situação, ideia, que traga sofrimento e provoque ansiedade. Porém, esse conteúdo reprimido continua integrado a psique e permanece trazendo dificuldades e problemáticas para o indivíduo. (CLONINGER, 1999).

Para Davis, Fiori e Rappaport (1981), o superego é a terceira instância psíquica da personalidade, sendo responsável pela estruturação interna dos valores morais, ditando o sentido de tudo que é moralmente proibido ou valorizado perante as relações sociais. O superego internaliza os ideais valorizados dentro de determinado grupo cultural e tendem a impulsionar o indivíduo na busca pela honestidade, coragem, desenvolvimento intelectual, etc. Também atua como consciência moral, de modo a proibir o indivíduo de realizar algumas atitudes consideradas erradas perante a sociedade, com o objetivo de propor uma convivência social adequada. Em seu livro, relata: “O Superego é uma estrutura necessária para o desenvolvimento do grupo social. Sem ele, seríamos todos delinquentes, respeitando apenas as restrições da força externa”. (DAVIS; FIORI; RAPPAPORT, 1981, p. 29).

Além dos termos anteriormente descritos, Freud também desenvolveu o conceito de libido perante a psicanálise. Para ele, a libido é a energia afetiva que mobiliza o organismo na perseguição de seus objetivos, ou seja, é voltada para a obtenção do prazer, se caracterizando em fases do desenvolvimento infantil, as quais são etapas psicosssexuais de desenvolvimento. (FREUD, 1915-1916)

Entende-se que libido é a energia afetiva original que sofrerá progressivas organizações durante o desenvolvimento, cada uma das quais suportada por uma organização biológica emergente no período. Cada nova organização da libido, apoiada numa zona erógena corporal, caracterizará uma fase de desenvolvimento. Podemos definir uma fase de desenvolvimento como “[...] a organização da libido, em torno de

uma zona erógena, dando uma fantasia básica e uma modalidade de relação de objeto.”. (DAVIS, FIORI, RAPPAPORT, 1981, p. 33).

A libido está diretamente ligada as fases de desenvolvimento do indivíduo, sendo que cada fase organiza-se em torno de uma zona erógena específica. Uma vez que para a psicanálise sempre há uma organização biológica de base para que haja a organização dos processos psicológicos, as fases do desenvolvimento psicosssexual segundo Freud são fase oral, fase anal, fase fálica, o período de latência sem novas organizações e pôr fim a fase genital, que se estende para o resto da vida do indivíduo. (DAVIS; FIORI; RAPPAPORT, 1981).

A Fase oral tem como zona erógena a boca e ocorre do nascimento até o primeiro ano de vida do bebê, é a primeira fase do desenvolvimento de um indivíduo. É pela boca que a criança irá provar e conhecer o mundo, dentro de uma modalidade incorporativa, a qual também fornece prazer. A primeira e mais importante descoberta afetiva do bebê é o seio. É pelo seio que a criança irá vivenciar suas primeiras experiências de amor e ódio com o mundo. (*Ibidem.*).

A libido está organizada em torno da zona oral. [...] o conceito de fase pressupõe a organização da libido em torno de uma zona erógena, dando uma modalidade de relação objeto. A fase fica caracterizada pela zona erotizada, e daí a denominação de fase oral, dada a este período. A modalidade de relação oral será a incorporação. (DAVIS; FIORI; RAPPAPORT, 1981, p. 36).

A partir do segundo e do terceiro ano de vida a libido passa da organização oral para anal. É nessa idade que inicia-se a maturação do controle muscular na criança e o desenvolvimento de habilidades motoras finas, ou seja, a criança começa desenvolver o andar e o falar, além de desenvolver o controle dos esfíncteres. (DAVIS; FIORI; RAPPAPORT, 1981).

Nesta idade, as fezes para a criança têm um valor simbólico muito grande, pois, é algo que ela produziu, o que também demanda prazer. Dotada do controle dos esfíncteres, a criança pode ofertar ou negar ao mundo seus produtos, dependendo da

relação do ambiente para com a mesma. O andar e a falar também são vistos como produtos pela a criança, passíveis ou não de oferta ao ambiente. (*Ibidem.*).

[...] Desenvolve-se o sentimento de que a criança tem coisas suas, coisas que ela produz e que pode ofertar ou negar ao mundo. Ao nível mais imediato, poderemos perceber isto no andar ou no falar. Só anda quando está bem; se chega um estranho, volta a engatinhar em busca da mãe. Fala, mas só o faz se sente que é aceita. Quando assustada, emudece, negando produto “fala” ao ambiente que rejeita ou a ataca. (DAVIS; FIORI; RAPPAPORT, 1981, p. 39).

A próxima fase do desenvolvimento é a fase fálica, nela, a libido inicia uma nova organização, a qual ocorre por volta dos três anos de idade e tem como zona erógena os genitais. A criança, no caso do sexo masculino, começa a demonstrar interesse pelo pênis, ainda desconhecendo a existência da vagina, sendo que a diferença se dá pela ausência ou presença do pênis, ou seja, se tem pênis é menino, se não, é menina. Esta fase tem como objetivo organizar os modelos de relação entre o homem e a mulher. (DAVIS; FIORI; RAPPAPORT, 1981).

Na fase fálica, também ocorre o que Freud denominou como Complexo de Édipo. De forma resumida, o complexo de Édipo é a situação onde inconscientemente a criança do sexo masculino deseja sexualmente a mãe e se aproxima do pai para tentar tomar seu lugar e aprender a ser como ele, pois, a mãe gosta deste pai da forma como ele é, mediante uma relação ambivalente, na qual amor e ódio estão presentes. Na criança do sexo feminino o processo é o mesmo, porém, de forma invertida: A menina deseja o pai sexualmente, então se aproxima da mãe, com a mesma ambivalência do processo masculino, para aprender a ser como ela e tomar o seu lugar. Vale ressaltar que o complexo de Édipo é um processo totalmente inconsciente, o qual fica recalcado no indivíduo desde sua infância até a sua morte. (*Ibidem.*)

Após as três primeiras fases, o desenvolvimento segue para o período de latência, onde a energia da libido fica temporariamente deslocada, ou seja, há uma repressão da energia sexual, a qual precisa ser canalizada para outras finalidades, a

partir daí denomina-se este processo de sublimação; Sublimação esta que também é definido como um mecanismo de defesa, mas que ao contrário dos demais, tem uma conotação mais sadia. Durante este período, a sexualidade fica adormecida, e o indivíduo conquista etapas intelectuais e de socialização. (DAVIS; FIORI; RAPPAPORT, 1981).

“[...] o período de latência caracteriza-se pela canalização das energias sexuais para o desenvolvimento social, através das sublimações. O período de latência não é, portanto, uma fase. ”. (DAVIS; FIORI, RAPPAPORT, 1981, p. 45).

A última fase para Freud é a genital, para ele, quando o indivíduo a alcança, acaba por atingir desenvolvimento pleno de um adulto normal. A fase genital traz resquícios das fases anteriores, sendo que tudo que foi aprendido terá significado em sua vida ao longo dos anos. (DAVIS; FIORI, RAPPAPORT, 1981).

ESQUIZOFRENIA: HISTÓRIA, DEFINIÇÃO, SUBTIPOS, PREVALENCIA E DADOS RELEVANTES.

HISTÓRIA DA ESQUIZOFRENIA

O termo esquizofrenia foi criado pelo psiquiatra suíço Bleuler (1857 - 1934), que se remete a divisão da consciência entre os comportamentos, emoções e pensamentos. Bleuler dividiu os sintomas da esquizofrenia em bases primárias e secundárias, tendo como sintomas fundamentais as perturbações relacionadas a as associações de pensamentos, afetos, autismo e ambivalência. Os sintomas secundários estão ligados as alucinações e delírios, alterações da personalidade, sintomas catatônicos, os quais não estão presentes somente em esquizofrênicos, mas que nestes pacientes teriam a sua predominância. Antes de Bleuler, o psiquiatra belga Emil Kraepelin utilizava-se do termo *demência precoce*, para os pacientes adolescentes que apresentavam os mesmos sintomas – delírios e alucinações - dá até então desconhecida esquizofrenia. (KAPLAN; SADOCK, 1988).

Além de Kraepelin e Bleuler, outros psiquiatras também construíram teorias acerca do transtorno esquizofrênico, entre eles, o fundador da psicobiologia Meyer, o qual designava a esquizofrenia como sendo gerada por reações de stress. Já Sullivan,

membro da escola psicanalítica interpessoal, enfatizou como causa da doença isolamento social, também considerando tal isolamento como um de seus sintomas característico. (*Ibidem.*).

DEFINIÇÃO DE ESQUIZOFRENIA

Segundo o livro DSM-IV TR (2002), a esquizofrenia se caracteriza pelo conjunto de dois ou mais sintomas, dentre alucinações, comportamento desorganizado ou catatônico, delírios, discurso desorganizado e/ou sintomas negativos. São divididos em dois grupos: positivos e negativos. Os sintomas positivos caracterizam-se pelo excesso ou distorção atribuído as funções normais, entre eles estão:

- Delírios: “[...] são crenças errôneas, habitualmente envolvendo a interpretação equivocada de percepções ou experiências. ”.
- Alucinações: “[...] podem ocorrer em qualquer modalidade sensorial (p. ex., auditivas, visuais, olfativas, gustativas e táteis), mas as alucinações auditivas são, de longe, as mais comuns e características da Esquizofrenia. ”.
- Desorganização do pensamento: “[...] O discurso dos indivíduos com Esquizofrenia pode ser desorganizado de várias maneiras [...] saltando de um assunto para outro. ”.
- Comportamento amplamente desorganizado: “[...] pode manifestar-se de variadas maneiras, indo desde comportamento tolo e pueril até uma agitação imprevisível. ”.
- Comportamentos motores catatônicos: “[...] incluem uma diminuição acentuada na reatividade do ambiente, as vezes alcançando um grau extremo de completa falta de consciência [...] adoção de posturas inadequadas ou bizarras. ”. (DSM IV-TR, 2002, p. 305-306).

Conforme o DSM IV-TR, (2002), os sintomas negativos, ao contrário dos positivos, classificam-se por uma diminuição ou perda das funções normais, incluindo os seguintes sintomas:

- Embotamento do afeto: “[...] é especialmente comum e se caracteriza pelo fato de o rosto do indivíduo mostrar-se imóvel e impassível, com pouco contato visual e linguagem corporal reduzida. ”.
- Alogia: “[...] é manifestada por respostas breves, lacônicas e vazias. O indivíduo com alogia parece ter uma diminuição dos pensamentos, refletida em uma redução de fluência e produtividade do discurso. ”.
- Abulia: “[...] caracteriza-se por incapacidade de iniciar e persistir em atividades dirigidas a um objetivo. O indivíduo pode ficar sentado por longos períodos de tempo e demonstrar pouco interesse em participar de atividades profissionais ou sociais. ”. (DSM IV-TR, 2002, p. 306).

O transtorno pode ser interrupto ou esporádico e os sintomas encontrados na esquizofrenia podem ser observados também em outros tipos de distúrbios psiquiátricos e neurológicos. (KAPLAN; SADOCK, 1990).

SUBTIPOS DE ESQUIZOFRENIA

Segundo o DSM IV-TR (2002), são 5 os subtipos da esquizofrenia e para diagnosticá-los é preciso se basear no quadro clínico dentre seus sintomas, sendo que cada tipo apresenta um sintoma característico, dentre eles, estão:

- Paranoide: Os delírios e as alucinações são os principais sintomas, tendo tipicamente *delírios persecutórios*⁵ e alucinações enquadradas no mesmo tema. Pode levar ao suicídio, bem como comportamento agressivo.
- Desorganizado (hebefrênico): Dentre os sintomas essenciais, estão: afeto embotado ou inadequado, discurso e comportamento desorganizado, provocando atitudes sem lógica ou sem relação adequada para determinada situação.
- Catatônico: Diferencia-se dos outros subtipos por apresentar uma perturbação psicomotora acentuada que varia entre imobilidade motora à uma atividade motora excessiva, também estão incluídas problemáticas como: mutismo, negativismo extremo, ecolalia⁶, peculiaridades dos movimentos voluntários ou ecolalia⁷.

5 “[...] o indivíduo acredita estar sendo atormentado, perseguido, enganado, espionado ou ridicularizado. ”. (DSM IV-TR, 2002, p. 305).

6 “[...] imitação repetitiva dos movimentos de outra pessoa. ”. (DSM IV-TR, 2002, p. 318).

7 “[...] é a repetição patológica, tipo papagaio e aparentemente sem sentido de uma palavra ou frase que outra pessoa acabou de falar. ” (DSM IV-TR, 2002, p. 318).

- Residual: “A esquizofrenia Tipo Residual deve ser usada quando houve pelo menos um episódio de Esquizofrenia, mas o quadro clínico atual não apresenta sintomas psicóticos positivos proeminentes. ”. (DSM IV-TR, 2002, p. 319).

- Indiferenciada: O transtorno do indivíduo apresenta sintomas suficientes para ser diagnosticado com esquizofrenia, porém, não há sintomas predominantes no quadro clínico, ou então, contem sintomas de mais de um subtipo, não podendo ser especificado a qual pertence. (CID-10, 2007).

INCIDENCIA E PREVALENCIA

Pesquisas mostram que a incidência de casos é de 1 esquizofrênico para cada mil pessoas consideradas saudáveis, sendo que atinge os homens, com maior predominância entre a faixa etária de 15 e 25 anos, já as mulheres na faixa de 25 a 35 anos. Antes dos 10 anos e depois dos 50 anos os casos se tornam raros. (KAPLAN; SADOCK, 1988).

Indivíduos que possuem um membro da família esquizofrênico tem maior chance de desenvolver a doença do que pessoas com parentes, aparentemente, saudáveis. (*Ibidem.*).

Além disso, Kaplan e Sadock (1988, p. 270) enfatizam: “Tem sido observado também um aparente aumento na prevalência de esquizofrenia entre as populações do terceiro mundo, a medida que aumenta o contato com culturas tecnologicamente avançadas. ”.

DADOS RELEVANTES

- “A cada ano, somente US\$ 14 são gastos por paciente, nos Estados Unidos, na pesquisa sobre a esquizofrenia (são gastos US\$ 300 por paciente na pesquisa sobre o câncer). ”. (KAPLAN; SADOCK, 1988, p. 269).

- “Aproximadamente 200.000 novos casos são diagnosticados a cada ano nos Estados Unidos, com aproximadamente 2 milhões de novos casos no mundo inteiro. ”. (KAPLAN; SADOCK, 1988, p. 270).
- “A maioria (60-70%) dos indivíduos com Esquizofrenia não se casa, e a maior parte mantém contatos sociais relativamente limitados. ”. (DSM IV-TR, 2002, p. 307).
- “Aproximadamente 50% dos pacientes com esquizofrenia tentaram suicídio e 10% obtiveram em suas tentativas. ”. (KAPLAN; SADOCK, 1988, p. 270).
- “Os pacientes esquizofrênicos ocupam aproximadamente 50% dos leitos hospitalares psiquiátricos e são responsáveis por aproximadamente 16% dos pacientes que recebem qualquer tipo de tratamento. ”. (KAPLAN; SADOCK, 1988, p. 271).

A PSICANALISE E A ESQUIZOFRENIA

A psicanálise freudiana explica a esquizofrenia a partir da desintegração do ego e da regressão a uma fase de narcisismo primário. Entende-se por desintegração do ego o retorno à época em que o ego do indivíduo estava começando a se formar, ou seja, que ainda não havia se estabelecido. (KAPLAN, SADOCK, 1988).

A desintegração do ego surge a partir de distorções no relacionamento entre a mãe e o bebê durante a fase oral do desenvolvimento psicosssexual infantil. O bebê estabelece com a mãe um vínculo de intimidade e dependência, esperado na fase oral, porém, posteriormente não consegue se auto diferenciar dela e vê-la como um objeto externo, fazendo assim com que mais tarde o esquizofrênico seja incapaz de separar seu mundo interno, do mundo externo, não possibilitando o desenvolvimento de um ego maduro, tão pouco capaz de interpretar a realidade. (*Ibidem.*).

Decorrente dessa não diferenciação entre o mundo interno (si mesmo) e externo (objetos) no indivíduo esquizofrênico, a relação objetal se torna inexistente,

fazendo com que libido que seria depositada em um objeto externo, volta-se para o próprio ego do indivíduo criando um estado de narcisismo⁵. (FREUD, 1914 - 1916).

O bebê parte de um estado de “narcisismo primário” em que os sistemas do aparelho psíquico ainda não estão diferenciados entre si e em que não existem ainda objetos. Com a descoberta destes coincide a diferenciação do ego. Um ego existe na medida em que está diferenciando dos objetos que não são ego [...] O esquizofrênico regrediu ao narcisismo: o esquizofrênico perdeu seus objetos; o esquizofrênico separou-se da realidade. (FENICHEL, 2004, p. 387-388).

A psicanálise atribui significados simbólicos e particulares a cada indivíduo esquizofrênico sobre alguns de seus sintomas, Kaplan e Sadock (1988) os descrevem a partir de exemplos:

[...] fantasias sobre o fim do mundo indicam uma percepção de que o mundo interior da pessoa ruiu [...] as alucinações são substitutas para incapacidade do paciente de enfrentar a realidade objetiva e representam seus desejos ou medos íntimos [...] os delírios [...] são tentativas regressivas, restitutivas, de criar uma nova realidade ou expressar medos ou impulsos escondidos. (KAPLAN; SADOCK, 1988, p. 275)

Freud utiliza-se da Esquizofrenia para explicar o conceito de narcisismo, contudo, também aponta o porquê da psicanálise se limitar ao tratamento do transtorno, pontuando suas duas principais características, que são a megalomania⁶ e desvios de interesse do mundo externo. (FREUD, 1914-1916).

Um motivo premente para nos ocuparmos com a concepção de um narcisismo primário e normal surgiu quando se fez a tentativa de incluir o que conhecemos da demência precoce (Kraepelin) ou da esquizofrenia (Bleuler) na hipótese da teoria da libido. Esse tipo de pacientes [...] exibem duas características fundamentais: megalomania e desvios de seu interesse do mundo externo – de pessoas e coisas. Em

8 “O termo narcisismo [...] foi escolhido [...] para denotar a atitude de uma pessoa que trata seu próprio corpo da mesma forma pela qual o corpo de um objeto sexual é comumente tratado – que o contempla, vale dizer, o afaga e o acarícia até obter satisfação completa através dessas atividades. ”. (FREUD, 1914 - 1916, p. 81).

9 “[...] superestima do poder de seus desejos e atos mentais, a ‘onipotência de pensamentos’, uma crença [...] e uma técnica para lidar com o mundo externo. ”. (FREUD, 1914 – 1916, p. 83).

consequência da segunda modificação, torna-se inacessíveis à influência da psicanálise e não podem ser curados por nossos esforços. [...] Desejo ressaltar que não me proponho aqui explicar ou penetrar ainda mais no problema da esquizofrenia, limitando-me meramente a reunir o que já foi dito em outras ocasiões, a fim de justificar a introdução do conceito de narcisismo (FREUD, 1914 - 1916, p. 82 - 83).

Como consequência dos desvios de interesse do mundo externo, o esquizofrênico é incapaz de enxergar o terapeuta como um objeto separado de seu mundo interno, impossibilitando o *processo de transferência*⁷ entre ele e o terapeuta. (FREUD, 1914 - 1916).

[...] a psicanálise formal ortodoxa não tem lugar no tratamento da esquizofrenia. [...] O estabelecimento de uma relação geralmente é algo particularmente difícil: o paciente esquizofrênico é desesperadamente solitário e defende-se contra a intimidade e confiança, tendendo a tornar-se desconfiado, ansioso, hostil ou regressivo, quando alguém tenta aproximar-se. (KAPLAN; SADOCK, 1988, p. 285).

A maneira como é proferida a fala do esquizofrênico está atrelada ao sintoma da fala desorganizada, que por sua vez, se remete ao seu mundo interno/particular, fazendo com que o terapeuta tenha dificuldade em interpretar o que é manifestado pelo paciente. (FREUD, 1914 - 1916).

[...] existe, em verdade, uma ordem definida no pensamento deles, sem obedecer, no entanto, às leis da nossa lógica "normal". A lógica esquizofrênica é idêntica ao pensamento primitivo, mágico, ou seja, àquela forma de pensamento que também se vê no inconsciente. (FENICHEL, 1995, p. 393).

Kolb (1986) se baseia no pensamento de Freud que a psicanálise não traz bons resultados para o tratamento de esquizofrênicos. Em um de seus livros, Kolb comenta que o esquizofrênico tem como característica a evidência de seus impulsos primitivos

10 "[...] é empregado livremente para referir todas as respostas emocionais [...] do paciente ao terapeuta". (BUCKLEY; MACKINNON; MICHELS, 2008, p. 27).

por conta de possuir apenas um núcleo de personalidade e que a análise desses conteúdos mostram-se insatisfatória dentro do processo terapêutico psicanalítico.

Fenichel (1995) enfatiza a contribuição da psicanálise para o estudo e conhecimento acerca da esquizofrenia, contudo, salienta que a teoria psicanalítica ortodoxa não apresenta a condição esperada para tratar pacientes esquizofrênicos.

CONCLUSÃO

Sigmund Freud elaborou vários conceitos fundamentais para o entendimento da mente humana, fato que garantiu seu lugar memorável na história da psicologia. A partir de sua teoria, tornou-se possível a análise de pacientes por meio de um viés nunca utilizado antes: o inconsciente.

Freud destaca que o inconsciente é a morada dos instintos e desejos que são reprimidos no ser. Também dá ênfase as instancias denominadas como ego e superego, mencionadas anteriormente. Por meio do processo terapêutico, Freud acredita que o psicanalista deve trazer à tona os conteúdos que estão recalcados/reprimidos no paciente, pois, estes são geradores de angustia e dão margem para que uma psicopatologia se estabeleça, como no caso da esquizofrenia.

A Esquizofrenia classifica-se dentro do grupo das psicoses e envolve um conjunto de sintomas, como delírio, alucinações, fala desorganizada, catatonia, etc. Os sintomas do transtorno são encontrados também em outras doenças, contudo, na esquizofrenia, se fazem presente de forma acentuada. O transtorno esquizofrênico é dividido em subtipos, sendo cada um representado por um sintoma predominante específico.

Para a psicanálise, o esquizofrênico atua somente por influência de seus instintos, devido a desorganização libidinal na fase oral. O bebê não consegue separar a mãe de si mesmo, deixando de enxergá-la como um objeto externo, sendo assim, o indivíduo passa por um processo de desintegração do ego e regride à um estado de narcisismo primário, mantendo sua vivência atrelada apenas ao seu mundo interno e particular. Decorrente dessa vivência singular, o esquizofrênico acaba por desenvolver

uma certa deficiência na fala e expressões corporais, por conta disso, a interpretação de seus atos se torna demasiadamente difícil, podendo até mesmo ser impossível.

A psicanálise ortodoxa tem o potencial necessário para explicar a esquizofrenia de forma clara e abrangente, não deixando nenhum sintoma ou detalhe fora do seu campo de entendimento. Freud elaborou uma adaptação da sua teoria para interpretar o transtorno esquizofrênico, e por conta de seus esforços, acabou por trazer inúmeros benefícios para o conhecimento acerca da doença. Contudo, Freud também relata que a psicanálise se limita ao tratamento, pois, a esquizofrenia traz consigo a eminência de conteúdos internos desorganizados e particulares, com raros ou nulos momentos de consciência e contato com a realidade, o que ocasiona em uma dificuldade por parte do terapeuta na interação com o esquizofrênico, limitando o processo de transferência necessário no processo terapêutico. Sendo assim, a psicanálise ortodoxa é incapaz de tratar o esquizofrênico com eficácia por conta de que estes pacientes não apresentam o mínimo período de consciência necessário, também estão fora do contato com a realidade e não concretizam os processos indispensáveis para se trabalhar em um ambiente terapêutico, além de apresentarem sintomas que tornam impossível as interpretações das falas ou comportamentos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSQUIATRIA. **DSM IV-TR**: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 4. ed. – São Paulo: Artemed, 2002. Traduzido do Inglês.

BUCKLEY; MACKINNON; MICHELS. **A entrevista psiquiátrica na prática clínica**. Tradução: Celeste Inthy. – Porto Alegre: Artemed, 2008. Tradução de: The Psychiatric Interview in Clinical Practice. 2006.

CLONINGER, S. C. **Teorias da Personalidade**. Tradução: Claudia Berliner. – São Paulo: Martins Fontes, 1999. Tradução de: Theories of Personality. 1996.

DAVIS, C.; FIORI, W. R.; RAPPAPORT, C. R. **A Idade Pré-escolar**. São Paulo: EPU, 1981. Vol. 3.

DAVIS, C.; FIORI, W. R.; RAPPAPORT, C. R. **Teorias do Desenvolvimento: Conceitos fundamentais**. São Paulo: EPU, 1981. Vol. 1.

FREUD, S. **A história do movimento psicanalítico, artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos**. Tradução: Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Imago, 1996. Tradução de: The History of the Psychoanalytic Movement. 1914 – 1916.

FREUD, S. **Conferências introdutórias sobre psicanálise (Parte III)**. Tradução: Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Imago, 1996. Tradução de: The History of the Psychoanalytic Movement. 1915 – 1916.

FENICHEL, O. **Teoria Psicanalítica das Neuroses**. Tradução: Samuel Penna Reis. – São Paulo: Atheneu, 2004. Tradução de: The psychoanalytic of neurosis. 1995.

GOODWIN, C. J. **História da Psicologia Moderna**. Tradução: Marta Rosas. 4. ed. – São Paulo: Cultrix, 2010. Tradução de: A history of modern psychology. 2005.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. **Compendio de psiquiatria**. Tradução: Maria Cristina Monteiro, Daise Batista. – Porto Alegre: Artes Medicas, 1990. Traduzido da 5ª edição norte-americana. 1988.

KOLB, L. C. **Psiquiatria Clínica**. Tradução: Sonia Regina Pacheco Alves. – Rio de Janeiro: Guanabara, 1986. Tradução de: Modern Clinical Psychiatry. 1977.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. Tradução: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 10. ed. rev. - São Paulo: Universidade de São Paulo, 2007. Vol. 1. Tradução de: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 1992.