

SENHORA W: A POSIÇÃO ESQUIZO-PARANÓIDE PARA SUPORTAR O ABANDONO, O ABUSO E OS TRAUMAS OCORRIDOS NA INFÂNCIA

Clínica do Centro universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas – FMU

2018

João Palma Filho

Doutor em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Psicanalista com formação no Centro de Estudos Psicanalíticos – CEP. Possui graduação em Psicologia pelo Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas – FMU. Atualmente psicólogo no Hospital Espírita Fabiano de Cristo – HEFC (Brasil)
joaopalmafilho@gmail.com

Soraia Dias Ciccone

Professora e supervisora desde 2013 e atualmente coordenadora da Clínica de Psicologia das Faculdades Metropolitanas Unidas - FMU. Mestre pela PUC - Campinas com a dissertação "Criatividade na Obra de D. W. Winnicott" (bolsista CAPES). Graduada em Psicologia pela Universidade São Marcos; com Especialização Lato Sensu em Psicoterapia Psicodinâmica Breve e Psicoterapia Psicodinâmica Winnicottiana pelo IPPESP. Atuação como Psicoterapeuta em Clínica Particular.
soraia.ciccone@fmu.br

RESUMO

O presente estudo de caso, na abordagem qualitativa, refere-se a uma mulher de 47 anos, cognominada W, atendida na clínica-escola da Faculdade de Psicologia da FMU – Faculdades Metropolitanas Unidas, na modalidade de triagem psicológica que tem por objetivo acolher as demandas do paciente e realizar o melhor encaminhamento diante das necessidades apresentadas. Foram realizados quatro atendimentos, os quais possibilitou verificar que a paciente, com queixa de abandono e abuso sexual, apresentava núcleos psicóticos ativados, que exigia cuidados apontados durante a supervisão. Após o encerramento desse processo inicial e encaminhamento da paciente, deu-se início ao aprofundamento dos estudos sobre o atendimento em que foi observada a presença de sintomas negativos de psicose sem qualquer notícia de surto psicótico. A elaboração

do presente artigo tem por objetivo: apresentar o caso; conceitos da psicanálise que propiciem ao psicólogo lidar com a psicose e relação psicólogo e paciente diante dos sintomas de psicose, com vista a um processo terapêutico adequado. Nos nossos estudos elegemos a teoria de Melanie Klein que nos pareceu adequada para compreendermos o caso a partir da perspectiva da posição esquizo-paranóide, além do fato de essa teoria oferecer tratamento adequado. Buscamos, também, autores que avancem em direção a um aperfeiçoamento técnico de atenção à saúde dos pacientes, considerando a *rêviere* que significa uma abertura para receber as emoções e projeções do paciente.

Palavras-chave: Posição esquizo-paranóide, clínica kleiniana, psicose, pródromo de psicose, identificações projetivas, abuso sexual.

Copyright © 2019.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License 4.0.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



Preliminares

No último ano da formação, o estudante Psicologia se depara com o estágio em práticas clínicas e, dentre os vários atendimentos disponíveis na clínica escola da Faculdade de Psicologia do Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas – FMU foi realizado o atendimento do caso apresentado neste trabalho, num total de triagem e quatro sessões.

O atendimento à população que busca a clínica escola faz parte da formação em Psicologia e esta atividade é acompanhada pela supervisão clínica que orienta os passos do aluno-estagiário a cada atendimento. As supervisões em grupo possibilitam um momento de discussão e aprendizagem fundamentais para o exercício profissional e além do aprendizado de construção de relatório de atendimento e prontuário do paciente, o aluno pode enriquecer sua compreensão clínica com a participação nas demais supervisões realizadas em grupo. Aos atendimentos iniciais em triagem seguem-se encaminhamentos internos, como por exemplo, psicoterapia na clínica-escola, ou externos respeitando as necessidades do paciente tanto quanto ao local como ao tipo de atendimento.

O caso que será apresentado neste trabalho refere-se ao atendimento a uma mulher de 47 anos e contou com supervisão semanal que visava dar apoio e suporte necessário para a

compreensão teórica da prática clínica, além de promover o desenvolvimento do caso em atendimento.

O presente trabalho tem, portanto, como foco as primeiras experiências de psicólogos em processo de formação, no tratamento de sujeitos que apresentam sintomas negativos de psicose, casos sem confirmação de transtorno, conforme CID 10 e DSM V e que não tiveram um primeiro surto, lembrando, por oportuno, que podemos estar lidando com um sujeito com ativação de núcleos psicóticos, cabendo destacar a necessidade de atenção e tratamento, em face da gravidade do caso, mesmo que não tenhamos um diagnóstico concluído da paciente.

Motivos para a realização do presente trabalho

Ao longo do breve atendimento realizado, pudemos perceber as dificuldades relacionadas ao manejo e a compreensão da dinâmica diante de uma paciente com um quadro clínico delicado, possivelmente situado no campo das psicoses, apesar de não haver um diagnóstico anterior ou mesmo notícias de surtos.

Inicialmente os estagiários levantaram como hipótese que a paciente se utilizava do mecanismo de defesa denominado recalque, devido a certas características de suas falas e posicionamentos diante de vivências relatadas, porém essa mesma concepção entrava em conflito com certas indagações questionadas durante a supervisão, que nos colocava diante de um impasse diante da possibilidade, por parte da paciente, de utilização do mecanismo de defesa de dissociação, por conta do abandono, abusos e traumas ocorridos na infância, mecanismo esse mais arcaico, muito peculiar da posição esquizo-paranóide, conforme a teoria psicanalítica de Melanie Klein, que abordaremos mais adiante.

Tal impasse e dúvida levou-nos a necessidade de realizar um aprofundamento nos estudos tendo em vista que a paciente não apresentava contornos mais pronunciados de um quadro de psicose, que permitiria nos depararmos com situações mais evidenciadas da fundamentação teórica.

Ao final daquele semestre, após uma avaliação cuidadosa, observando e compreendendo o caso com mais atenção, notamos muitos dos sintomas negativos da psicose ou núcleos psicóticos que foram pouco a pouco se tornando evidentes, proporcionando condições para uma compreensão mais adequada do caso, que estimularam nossos estudos e pesquisas.

Naquele momento elaboramos o seguinte pensamento: nos casos clínicos cabe um olhar mais cuidadoso ao conjunto de sinais de um paciente com núcleos psicóticos presentes ou com uma possível estrutura psicótica, mas que ainda não se manifestou por meio de um surto. Foi essa

preocupação que despertou nossa atenção e nos impulsionou para o desenvolvimento do presente trabalho.

Assim, iniciamos pesquisando sobre as contribuições para a identificação e prevenção de pródromos nos casos de psicose, indagando sobre o reconhecimento dos sinais que propiciem pensar um tratamento adequado, tendo em vista oferecer ao paciente chance de superar possíveis surtos. Soubemos que, do total de pacientes com quadro psicótico, que receberam tratamento adequado, aproximadamente 41% surtaram havendo a necessidade de ampliar as condições de atendimento com vista a reduzir este percentual (Ribeiro & Borges, 2005).

Este quadro torna inquestionável a necessidade de uma avaliação adequada e um tratamento inicial com o propósito de diminuir o sofrimento desses pacientes, podendo, também, facilitar o tratamento medicamentoso se necessário, através de uma boa relação terapêutica. Para tanto, se faz necessário caracterizar os sintomas psicóticos.

A organização da mente humana segue por labirintos difíceis de reconhecer. Evidentemente, os sinais, uma escuta atenta, flutuante, com conhecimento teórico torna possível a identificação de possibilidades que exijam maior atenção e permitam evidenciar um quadro psicótico.

A maneira como o sujeito se defronta com seus próprios pensamentos, como vê suas relações interpessoais, necessidades e modos de se relacionar com os outros, suas carências afetivas, o desenrolar de um conjunto concatenado de ideias expostas, sua persistência em determinados pontos de vista, entre outros, contribuem para encontrarmos quem fala a partir do que livremente associa, quando consegue fazê-lo.

Por certo, a psicose revela-se por uma profunda desorganização, tanto da vida mental, quanto do comportamento do sujeito (Dalgalarrodo, 2006), entretanto, o caso que despertou nossa atenção, apresentou alguma dificuldade em se conseguir averiguar esse caráter mais pronunciado, exigindo maior atenção. Desse modo, interessa-nos conhecer como os elementos presentes na relação paciente/psicólogo na transferência, que consubstanciam as possibilidades de promover um tratamento adequado ao funcionamento do paciente, buscando, sobretudo, condições para reduzir os riscos de um surto. Isso porque, considerando-se após o primeiro surto, surge um estigma que causa um grande impacto na vida do sujeito (Ribeiro & Borges, 2005), cabendo ressaltar, também, as implicações na vida social.

Considerando a gravidade e o impacto do primeiro surto psicótico, o conhecimento dos sintomas negativos compreendido em conjunto e não isoladamente, aliando-se a isso a técnica psicanalítica, forma uma base capaz de contribuir para que o psicólogo tome ações mais cuidadosas de prevenção e tratamento, na tentativa de minimizar traumas e interrupções na vida do sujeito.

Pensando nessa perspectiva de compromisso para analisarmos o presente estudo de caso, entendemos, por opção didática que, após a apresentação do caso, a análise dos segmentos que vão

sendo apresentados parece-nos uma maneira mais palatável de análise tendo em vista a possibilidade de agregarmos a teoria psicanalítica à medida que vamos construindo o percurso de investigação do caso.

Apesar disso, cabe destacar que somente faz sentido o todo, e não simplesmente as partes que o compõe. Assim, não podemos pensar numa fragmentação da história do sujeito, cujas partes teriam um sentido que não estivesse em harmonia com a totalidade dos atendimentos que realizamos.

Apresentação do caso da senhora W

A paciente que será chamada W, 47 anos, foi recebida para atendimento clínico na clínica-escola da FMU – Faculdades Metropolitanas Unidas, encaminhada pela clínica de fisioterapia da mesma clínica, na qual foram realizados atendimentos devido à intensa rigidez da musculatura das costas, somada à incapacidade em alcançar relaxamento nas sessões de hidroterapia.

Neste atendimento, no formato de plantão psicológico com quatro sessões, uma a cada semana, tinha o propósito de compreender a queixa, as necessidades do sujeito, elucidar os aspectos da história de vida e realizar breves intervenções para implicar o paciente na busca de tratamento psicoterápico e/ou outros que poderiam atender as necessidades do sujeito.

Ao se apresentar, a paciente contou que trabalhava como enfermeira num hospital, na área de psiquiatria e que buscou nesse mesmo hospital tratamento psicológico, porém os comentários da psicóloga sobre o abandono sofrido na infância foram significativos para a senhora W, por conta do sentimento de abandono que diz ter. Comentou, também, que atualmente não saía de casa, não tinha amigos e preferia ficar com suas duas filhas e cuidar de suas plantas nas horas vagas. Foi casada e separou-se, mas hoje mantém amizade com o antigo marido.

No primeiro encontro, informamos à paciente o modo de atendimento que seria feito, o sigilo, as questões éticas envolvidas no atendimento e que estávamos ali para ouvir sem qualquer tipo de julgamento tudo o que ela sentisse vontade de dizer. A partir deste ponto, a paciente começou a chorar copiosamente, falando sobre o abandono sofrido aos sete anos, pela mãe ao se mudar para outro estado em busca de serviço, deixando-a com o pai, pedreiro de profissão e alcoolista. W mostrava-se indignada ao lembrar esse episódio e comenta sobre os diversos locais que morou e a nova união de seu pai quando tinha oito anos. Junto ao seu pai, a madrasta e o irmão dessa madrasta, que na época contava com dezessete anos, W lembrou de forma difusa e nublada abusos sexuais sofridos até os doze anos, por esse irmão de sua madrasta. Relatou um evento em que desejava uma fruta que havia no quintal da casa e do impedimento sofrido pelo rapaz que dizia que aquele

pé de fruta era dele e que ela somente poderia comer a fruta se fizesse algo para ele. Chorando muito, a paciente disse que não se lembra de mais nada, nem mesmo se comeu a tal fruta, permanecendo calada por muito tempo. Comentou que foram muitos momentos de abusos sexuais com outras pessoas e somando-se a essa dor, disse que seu pai mesmo desconfiando do rapaz e agredindo-o algumas vezes, nada foi efetivamente feito para cessar essa situação.

Aos doze anos, sua mãe foi buscá-la, trazendo-a juntamente com o pai para São Paulo. Pouco depois, a mãe manteve W sob seus cuidados e mandou embora o pai. W contou que aos 19 anos sofreu um assédio sexual e ao comentar para mãe, ela apenas perguntou se “*havia sangrado*”. Esta nova lembrança verbalizada reforçou o sentimento de abandono e frieza com que fora tratada por sua mãe durante a vida. Observou que já vivera tudo o que tinha para viver e por isso sente-se insegura, cansada e desestimulada no trabalho, além das dores relacionadas aos problemas na coluna. Gostaria de se aposentar porque tem muitos receios em relação ao futuro profissional e observou que por conta dos abusos sexuais tem contrações no momento do ato sexual, demorando muito para relaxar. Lembra-se dos maus tratos sofridos de sua madrasta e das ameaças caso contasse para o pai. Acredita que esses maus tratos provinham dos ciúmes da madrasta por ela não poder ter filhos. Entretanto, a senhora W comentou algumas vezes que não guardava mágoas contra a madrasta, que a surrava quando criança.

Relatou sua dificuldade em abraçar as filhas e mesmo as amando, não consegue demonstrar afeto, acreditando que essa dificuldade está associada à ausência de amor materno em sua infância. Contou que sua filha mais nova é muito afetiva, pede-lhe constantemente abraços que são negados e mostra-se consciente sobre o quanto essa atitude a faz lembrar e perceber-se repetindo os padrões maternos.

Contou ter lapsos de memórias atribuídos aos medicamentos que toma e, de forma confusa, disse que na última semana tentou abraçar suas filhas, mas não conseguiu e nos dias seguintes acabou por esquecer-se de tentar, por não estar habituada a isto, porém reafirma que, ao seu modo, consegue demonstrar o amor que sente pelas filhas. Com relação ao trabalho, disse que gostava de manter tudo organizado e por isso acabava fazendo o serviço de outros colegas que procrastinavam e sentia certa preocupação em não prejudicar o tratamento dos pacientes, mas há uma breve percepção de que essa atitude também está ligada à sua vontade de querer controlar tudo, comportamento este que apresentou alguma melhora após seu psiquiatra dizer-lhe para fazer apenas sua parte.

Houve sessões em que a paciente contava algumas histórias soltas, de assuntos aleatórios, afirmando estar muito feliz e que estava se controlando para não mais chorar em nossas sessões.

Conceitos que favorecem ao psicólogo compreender o caso e lidar com a psicose

Inicialmente, chamou-nos atenção a queixa de rigidez da musculatura das costas, que exigia medicação e cujo tratamento fisioterapêutico não surtia efeitos. A paciente comentou sobre os abandonos na infância, abusos sofridos e conseqüente frágil cuidado recebido pelo seu ambiente, formado por um pai alcoolista e uma mãe que não soube dar atenção à filha. Há falta de confiabilidade e insegurança quando afirma não ter amigos, preferindo ficar com suas duas filhas e cuidar de suas plantas nas horas vagas, além de alguns aspectos depressivos quando diz que já viveu tudo o que tinha para viver, sentindo-se desestimulada com o trabalho.

A senhora W parece dizer que a vida já exigiu muito dela, uma vida dura, cheia de falhas, de dores, sofrimentos e perdas. Ressalta sua dificuldade em dar afeto para aquelas que lhe são caras, suas filhas. Ela diz que se sente esvaziada de afeto, repleta de dores. Demonstra que apesar de tudo ainda tem alguma esperança ao chorar quando comentamos que estávamos prontos para ouvi-la, tentando deixá-la à vontade para falar o que considerasse importante. Chorando, fala do seu abandono pela mãe, conta as inúmeras mudanças de locais em que morou como pai e completa com comentários difusos e nublados sobre abusos que sofrera, lembrando-se de alguns momentos iniciais, mas sem completar as histórias.

Certas fragilidades apresentadas pela paciente levam-nos a questionar se estaríamos diante de uma paciente que se encontra numa posição esquizo-paranóide, um conceito da teoria de Klein (1978) que associa a ansiedade ao medo de perseguição de modo que a predominância desse medo de perseguição propicia certos mecanismos de defesa, dentre eles a cisão do ego, identificação projetiva, negação, idealização e dissociação. Inicialmente a paciente cita sua necessidade de isolamento pronunciada pela preferência em ficar em sozinha em casa. Informa certo distanciamento afetivo ao revelar que mesmo diante da afetividade de sua filha, não consegue abraçá-la, preferindo os cuidados às suas plantas. Lembra também o sintoma negativo de avolição, quando afirma que já viveu tudo o que tinha para viver, se sente cansada em relação ao seu trabalho e gostaria de se aposentar.

O isolamento social (Campos, Gonçalves & Amaral, 2008) torna-se progressivo, com um abandono gradual das atividades sociais, enquanto escolha pessoal; esse isolamento não se traduz para além dele mesmo, mas enquanto sintoma negativo da psicose, principalmente por considerar todo o conjunto de comentários da senhora W, percebemos que o sentido por essa busca de isolamento social apresenta-se como integrante de um possível quadro psicótico.

Cabe lembrar, consoante Campos et al. (2008), que o desencadeamento da psicose decorre de um processo em que há uma estrutura pré-psicótica, um pródromo relativo ao funcionamento tipicamente psicótico e um momento final de surto, de maneira que o surto conclui esse processo.

Desse modo, por se constituir em processo, alguns dos sintomas, principalmente os negativos, devem ser considerados, mesmo porque a senhora W não nos informou sobre qualquer surto que tenha manifestado.

Conforme Dalgalarondo (2006) os sintomas negativos da psicose integram o conhecimento da psicopatologia para diagnosticar um quadro de psicoses aliados a inúmeras outras informações. Esses sintomas negativos, mencionados por Dalgalarondo (2006) referem-se ao distanciamento afetivo, cujos graus podem ser variados, com a progressiva perda sintonização afetivamente com as sujeitos, de demonstrar afetividade no contato interpessoal; a retração social, quando se verifica o isolamento do sujeito; empobrecimento da linguagem e do pensamento; a diminuição da vontade (avolição); hipopragmatismo, relativamente à dificuldade de realizar tarefas; negligência quanto a si; e por último, lentificação e empobrecimento psicomotor.

Importa observar que a senhora W possui entre outros sintomas negativos, o distanciamento afetivo, quando diz que não consegue abraçar suas filhas, apesar de elas pedirem esse contato; o isolamento social, quando afirma que prefere ficar em casa com suas plantas; lembra também o sintoma negativo de avolição, quando afirma que já viveu tudo o que tinha para viver e se sente cansada em relação ao seu trabalho, preferindo se aposentar.

Outro aspecto importante diz respeito ao histórico da paciente. Conforme Starling e Feijó (2016) há um reconhecido aumento das taxas de perturbações psicóticas em pessoas com antecedente de abuso sexual na infância, maus tratos psicológicos ou físicos ampliam as condições de transição da situação de pródromos para a de psicose. Nesse sentido, vemos que as experiências relatadas pela paciente indicam, com os maus tratos e abusos sexuais, uma contribuição para analisarmos com o devido cuidado essa possibilidade de transição de pródromos para uma possibilidade de surto psicótico.

Desse modo, parece-nos importante considerar os sintomas negativos e o histórico da paciente, como indicadores de uma necessidade de investigação mais aprofundada sobre o caso.

O conjunto de sintomas negativos, quando associados à teoria psicanalítica de Melanie Klein, conforme obra de Segal (1975), propicia condições mais adequadas para aprofundarmos e ampliarmos nossa análise. Optamos pela teoria de Melanie Klein, dentre as inúmeras possibilidades de escolha teórica, por entendermos que seus conceitos são mais atraentes para este estudo de caso, ao considerarmos as vivências da paciente somadas a algumas de suas características.

A senhora W, em seus comentários, ressalta muitos esquecimentos que nos parecem ser dissociações, decorrentes de uma organização mental que propicia manter um contato seletivo com a realidade. Nesse sentido, cabe elaborar uma reflexão acerca da fantasia na linha kleiniana visando a compreensão do funcionamento da paciente frente às suas dissociações.

Na teoria de Melanie Klein, a fantasia é um modo de funcionamento do psiquismo do bebê e constitui-se em uma organização arcaica do psiquismo do sujeito. Para Isaacs (1982), compreender a fantasia significa compreender as fases iniciais do desenvolvimento mental visto que as fantasias representam os conteúdos arcaicos dos processos mentais no inconsciente, sendo que no desenvolvimento mental da criança, a fantasia se converte em defesa contra as ansiedades, com o propósito de controle dos impulsos instintivos. Oliveira (2007) afirma que as fantasias são inatas ao sujeito, representam os instintos e possuem componentes de origem somáticas, bem como psíquicas, sendo determinantes na constituição da personalidade e fundamentais nos anos iniciais da vida do sujeito.

Um outro aspecto importante, relativamente à formação da fantasia, conforme Segal (1975), diz respeito ao fato de se constituir numa função do ego, pressupondo uma organização desse ego capaz de formar relações, considerando-se a realidade. Isso de maneira que, as experiências com a realidade fazem com que se tenha influência sobre a fantasia. Desse modo, a fantasia está em frequente contato com a realidade e sofre alterações tanto na percepção quanto na sua interpretação. Com essa compreensão, pode-se afirmar que é bidirecional.

Quanto aos objetivos da fantasia, Segal (1975) afirma que “consistem em satisfazer os impulsos instituais, prescindindo da realidade externa” (p.27), assumindo um papel de defesa contra a realidade externa, que pode ser considerada privação, mas a fantasia também pode assumir um caráter de defesa contra a realidade interna, como por exemplo, quando sente raiva ou fome. Isso significa que a fantasia, no contato com a realidade, para satisfação dos impulsos, pode resultar em outras defesas do ego como, por exemplo, a dissociação.

Nesse sentido, a fantasia se transforma com o desenvolvimento do sujeito, consoante suas experiências corporais, num sentido bidirecional de influência, considerando-se o ego em processo de maturação como parte essencial nessa influência, uma vez que será uma ponte entre o mundo interno e o externo.

Nota-se, durante as falas da senhora W, um recorrente sentimento de abandono em relação à mãe ocorrido aos sete anos. Uma conjectura que realizamos diz respeito ao seguinte: será que se concretizou o que já havia ocorrido no início da relação mãe-bebê? Em inúmeros comentários, a paciente dizia se sentir sempre abandonada. Segundo Bergeret (1991) citado por Carvalho (2006), a psicose tem como origem as frustrações precoces na relação com a mãe, durante a fase oral, podendo referir-se também ao momento da fase anal. Isso faz com que se pense numa negação da realidade bastante angustiante, gerando uma interpretação da realidade, em fantasia, de maneira que transita para uma clivagem e negação da realidade interna e externa.

Esse momento no desenvolvimento do bebê é denominado na teoria kleiniana de posição esquizo-paranóide, justamente pelo fato de poder se perpetuar, nos casos dos psicóticos, ou propiciar condições para o bebê passar para a posição depressiva.

Tendo em vista a posição esquizo-paranóide, parece-nos adequado pensarmos sobre nossa paciente, senhora W, a partir dos comentários realizados acerca da sua relação com a mãe, que lhe causava angústia, ao lado do sentimento de abandono. Nesse sentido, Klein (1978) afirma que na relação objetal com uma mãe que frustra, que assume um caráter de seio mau, significa uma relação em que há o medo persecutório, assumindo uma fixação na posição esquizo-paranóide. Isso porque, há uma coesão do ego, no início da vida, que “deve ser considerada em conexão com a maior ou menor capacidade do ego para tolerar a ansiedade” (Klein, 1978, p. 317), sendo essa capacidade considerada um elemento primordialmente constitucional.

Lembramos aqui do momento em que a senhora W comenta sobre as atitudes de frieza da mãe, mesmo quando comentou que havia sofrido um atentado de estupro e a mãe fez um questionamento sobre haver ou não “sangrado”. A senhora W apresenta uma mãe que nunca lhe deu atenção, que a abandonou aos sete anos, um abandono que nos parece ocorreu em uma data ainda mais primitiva.

Assim, a capacidade da senhora W em tolerar a ansiedade, por conta de uma mãe que lhe provocava um sentimento de abandono, resultou no desenvolvimento de defesas arcaicas para lidar com essas experiências, principalmente se considerarmos um ego no início do desenvolvimento, ao qual cabe um enorme esforço para lidar com a ansiedade que é sentida como medo de aniquilamento podendo assumir um caráter de perseguição, gerando por sua vez um medo do objeto (Klein, 1978).

Um dos mecanismos de defesa empregados desde o início da vida é a introjeção e projeção, de maneira a possibilitar ao ego suportar a ansiedade, ocorrendo a introjeção do bom objeto como maneira de suportar essa ansiedade (Klein, 1978). Isso é muito evidenciado nos comentários da senhora W quando comenta, por exemplo, que está feliz, que está tudo bem, exagerando a idealização do objeto, afirmando não guardar mágoas, que estava feliz, entretanto, dizia que estava se controlando para não chorar. Essa cisão é muito clara, uma divisão com o propósito de suportar, idealizando uma felicidade e, por outro lado, surge algo que não suporta, entretanto, mantido afastado, para aplacar a ansiedade, como diz Klein (1978) de modo a salvaguardar o medo do “seio perseguidor” (p. 320) e isso fica claro quando a paciente comenta estar muito feliz.

Esse sentimento de felicidade associado ao controle para não chorar, manifesta uma ativação de núcleos psicóticos que alertam, por conta dessa dinâmica de funcionamento a necessidade de atenção quanto às implicações decorrentes e a fragilidade do quadro emocional, apresentada

durante as sessões, demonstrou uma pronunciada cisão do ego, mecanismo desenvolvido para aplacar a ansiedade.

Assim, a ativação de núcleos psicóticos, de maneira pronunciada, principalmente em razão da possibilidade de pródromo de um quadro sujeito a um surto psicótico, exigem certos cuidados e com o propósito de se evitar o surto, utilizando-se de recursos técnicos na contemporaneidade para o tratamento mais adequado às exigências do quadro que se apresenta.

Relação psicólogo e paciente diante dos sintomas de psicose, com vista a um processo terapêutico adequado

Desde o primeiro atendimento, a partir do momento que mencionamos a nossa disposição em ouvir tudo aquilo que senhora W tivesse para falar, fomos impactados por um longo e profundo choro e ao ouvirmos sua história, seus sentimentos, suas vivências, restava ao final da sessão uma pronunciada sensação de esvaziamento, algo difícil de descrever. Recebíamos em transferência um conjunto de sentimentos difíceis de compreender. Afinal, ela recalcava ou dissociava? Estava feliz e/ou triste? O corpo expressava uma rigidez decorrente de (uma falta de) investimentos libidinais ou em decorrência dos exaustivos tratamentos e medicamentos? Prevalencia em nós, dúvidas acerca do que se passava com a paciente.

Uma preocupação manifesta pela supervisão era a necessidade de acolhimento, diante da fragilidade que notávamos na senhora W. Estávamos atentos às possibilidades de suas lágrimas e de seus “esquecimentos”. Seus comentários, nem sempre muito aprofundados sobre o que sentia, emanavam dúvidas, frequentes. Eram sessões cansativas, que exigiam recursos de supervisão semanal para lidar com a paciente. A aparente tranquilidade da senhora W se opunha a uma efervescência de sentimentos que poderiam surgir, voltando a uma aparente calma. Os inúmeros abusos sexuais, em diversos momentos de sua vida, que afirmava haver sofrido, e suas reações posteriores, apresentavam a extensa dificuldade em lidar com a realidade.

Diante daquele quadro, oferecemos o acolhimento possível de maneira a favorecer uma adesão da paciente ao tratamento. Assim, ao final dos quatro atendimentos, despertou-nos a atenção por um tratamento mais adequado para esses pacientes e fomos em busca de recursos, que mesmo não tendo sido aplicados ao caso, trazemos nesse momento, com o propósito de se promover a saúde mental nos atendimentos clínicos.

Figueiredo (2018) destaca as questões que envolvem a cisão do ego para “evitar a constituição do conflito psíquico” (p. 16) empregando a cisão para lidar com o intolerável, que nos

auxilia a compreender justamente esses casos de abusos de todas as formas da senhora W, quando o conjunto de suas vivências é insuportável, cindido.

Os conteúdos trazidos pela senhora W nas sessões eram bem pronunciados nesse sentido, esquizoides. Entretanto, buscando recursos na literatura, encontramos uma possibilidade de se pensar melhor sobre o acolhimento e empatia.

A questão do abandono, frequentemente comentado pela senhora W, desde quando se lembra, que entendemos, pode ter ocorrido desde o início do seu desenvolvimento, leva-nos a refletir, conforme Figueiredo (2007), que o “ingresso de um recém-nascido na vida e no mundo propriamente humano é marcado por uma complexa trama de acontecimentos que estabelecem as condições e as formas de sua recepção” (p.14). Com essa perspectiva é que podemos pensar sobre os processos que determinaram o vir-a-ser-humano da senhora W, sua recepção marcada, como ela afirma, pelo sentimento de abandono, cujas condições estavam postas no ambiente desde o início de sua constituição psíquica.

Ao explorar essas questões que envolvem a posição esquizo-paranóide Cintra (2017) elabora seus comentários acerca desses conceitos explicitando que estão envolvidos com o que há de arcaico na personalidade, cuja manifestação por meio das pulsões vincula-se à fantasia e destaca uma característica desse conceito denominado fantasia, que consiste em apoderar-se do que considera bom e excluir o que não é, empregando a identificação projetiva. Para isso, Cintra (2017) parte da ideia de uma postura diante da escuta do outro, de *rêverie*, que significa um “estado de abertura a receber as emoções e as projeções que surgem do bebê” (p. 23). Desse modo, cabe ao terapeuta favorecer um acolhimento, de maneira a propiciar ao paciente condições para se utilizar da identificação projetiva, comunicando suas vivências de forma empática, assumindo essa empatia a condição de anaclítica por conta de se constituir em uma forma de identificação projetiva, benigna, empregando a capacidade de se perceber, no outro, intuindo o que se passa com ele.

Afirmar a empatia e identificação projetiva significa afirmar o papel da pessoa que recebe a *rêverie* e suas condições de “transformar as identificações projetivas do paciente em comunicação” (Cintra, 2017, p. 23). Assim, na contemporaneidade considera-se que as “identificações projetivas dos pacientes devem ser contidas e elaboradas pelo analista para que possam ser devolvidas a eles de uma forma que os convide a entrar em processo de elaboração” (Cintra, 2017, p. 23) por conta de uma escuta empática. No caso da senhora W, desde que possua condições para reelaborar suas vivências, no caso de núcleos psicóticos ativados, pode ser uma possibilidade de conter o avançar na direção de um futuro surto, na medida que a empatia favoreça um terreno para a identificação projetiva da paciente, com uma intervenção adequada do terapeuta.

Dentre inúmeras possibilidades de se cuidar de um paciente na contemporaneidade encontramos o trabalho de Pinto e Naves (2014) que apresenta a escrita do sujeito produzida

durante o tratamento, como possibilidade terapêutica. Nesse sentido a escrita de si mesmo, tal como apontado pelas autoras, significa buscar novas possibilidades terapêuticas para a escrita, onde o sujeito passa a ter um espaço de produção e é reconhecido por isso, de maneira a se fazer notar sua singularidade e ocupar um lugar de autor, notando-se que ele tem algo a dizer, ser levado em consideração.

Considerações finais

O caso da senhora W nos fez refletir sobre o cuidado com pacientes e compreendermos a necessidade de conhecermos e praticarmos a clínica com um olhar mais profundo e abrangente sobre o psiquismo humano. Os cuidados que procuramos ter com a paciente, após cada supervisão, favoreceu tornar atraente para a senhora W a busca por psicoterapia. Ao final, lamentou nossa despedida das sessões. Talvez o acolhimento, o espaço para falar o quê e como quisesse, com acolhimento, apontava que estávamos no caminho adequado, apesar de que as poucas sessões não apresentarem resultados nítidos, porém, a criação do vínculo, no sentido de prestar atenção no outro, uma escuta atenta, em que o paciente sinta a escuta de sua dor, seu abandono, foi significativa para todos nós.

Diante do quadro que vislumbramos a senhora W tem núcleos psicóticos ativados, não se podendo afirmar categoricamente que é psicótica por conta de um diagnóstico exigir uma avaliação mais complexa e profunda. Entretanto, o que nos pareceu fundamental é a necessidade de acolhimento e contenção do outro que apresenta sofrimento.

A mudança no outro depende das mudanças em nós mesmos e vamos favorecer a saúde mental de nossos pacientes conforme realizamos nosso percurso e tratamento, vendo-nos mais humanos, com uma escuta para os cuidados que a profissão de psicólogo exige.

Como afirmamos no início deste trabalho, a opção por Melanie Klein se deve ao conceito de posição, uma maneira como se organiza o psiquismo humano e isso oferece, a nosso ver, novas possibilidades de tratamento, com o propósito de cuidado, consoante vislumbramos nessa teoria.

Nesse sentido, a opção teórica de Melanie Klein, se apresenta como um percurso amplo e profundo para conhecermos como o ser humano se constitui e analisarmos a psique humana, com o propósito de acolhimento dos pacientes, atraindo-nos para as questões envolvidas no tratamento, sendo referência para uma escuta sensível ao outro, por considerar que o amadurecimento de nós mesmos, depende de tempo e dedicação, caminhando no sentido contrário da pressa do mundo contemporâneo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Campos, Sérgio de, Gonçalves, Sara, & Amaral, Tammy. (2008). Psicoses ordinárias. *Mental*, 6(11), x. Recuperado em 23 de maio de 2019, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272008000200005&lng=pt&tlng=pt.

Carvalho, Nerícia R. de. (2006). *Primeiras crises psicóticas: Identificação de pródromos a partir de pacientes e familiares*. Dissertação de Mestrado: Universidade de Brasília, Brasília.

Cintra, Maria Ulhôa. (2017). Empatia, Identificação Projetiva e Rêverie: escutar o inaudível na clínica do trauma. In Cintra, Maria Ulhôa, Tamburrino, Gina & Ribeiro, Marina F.R. Ribeiro. *Para Além da contratransferência: o analista implicado*. (pp. 17-26). São Paulo: Zagodoni.

Dalgarrondo, Paulo. (2006). Síndromes psicóticas (quadros do espectro da esquizofrenia e outras psicoses). In: *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. (cap. 30. pp. 327-333) 2ª ed. Porto Alegre: Artmed.

Figueiredo, Luís Claudio. (2006). A clínica psicanalítica a partir de Melanie Klein: O que isto pode significar?. *Jornal de Psicanálise*, 39(71), 125-150. Recuperado em 23 de maio de 2019, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352006000200008&lng=pt&tlng=pt.

Figueiredo, Luís Claudio. (2007). A metapsicologia do cuidado. *Psychê*, 11(21), 13-30. Recuperado em 23 de maio de 2019, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382007000200002&lng=pt&tlng=pt.

Figueiredo, Luís Cláudio. (2018). *Psicanálise: elementos para a clínica contemporânea*. (pp. 12-18). São Paulo: Escuta.

Isaacs, Susan.(1982). A natureza e a função da fantasia. In Klein, Melanie, Heimann, Paula, Isaacs, Susan & Riviere, Joan. *Os progressos da Psicanálise*. (pp. 79-135). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.

Klein, Melanie. (1978). Notas sobre alguns mecanismos esquizoides. In Klein, Melanie, Heimann, Paula, Isaacs, Susan, & Riviere, Joan. *Os progressos da Psicanálise*. (p. 313-343). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.

Pereira de Oliveira, Marcella. (2007). Melanie Klein e as fantasias inconscientes. *Winnicott e-prints*, 2(2), 1-19. Recuperado em 23 de maio de 2019, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-432X2007000200005&lng=pt&tlng=.

Pinto, A. L., & Naves, E. T. (2014). A escrita de si: um estudo psicanalítico sobre a clínica da psicose. *Perspectivas Em Psicologia*, 18(1). Recuperado em 24 de maio de 2019, de <http://www.seer.ufu.br/index.php/perspectivasempsicologia/article/view/28907>

Ribeiro, Andréia & Borges, Gisela. (2005). Caracterização e Intervenção na Fase Prodrômica da Psicose. *Psi Logos - Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, E.P.E. Psicólogos*. (pp. 57-62). Recuperado em 24 maio de 2019. <http://hdl.handle.net/10400.10/596>

Segal, Hanna. (1975) *Introdução à obra de Melanie Klein*. (pp. 12-40). Rio de Janeiro: Imago.

Starling, Jean & Feijo, Isabelle. (2016). Schizophrenia and other psychotic disorders of early onset (edição em Português; Moscoso A ed). In Rey JM (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Genebra: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions*. Recuperado em 24 de maio de 2019, de https://www.researchgate.net/profile/Jean_Starling/publication/258885329_Schizophrenia_and_ther_psychotic_disorders_of_early_onset/links/0deec529596c7e0da7000000.pdf