

A RELAÇÃO TERAPÊUTICA NA PSICOSE

Trabalho realizado no âmbito da cadeira de Relação Terapêutica

(2008)

Carolina G. Silva

Estudante do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica
pelo Instituto Superior de Psicologia Aplicada (Portugal)

Direcção da cadeira:

Professor António Coimbra de Matos

Contactos:

karolina_silva29@hotmail.com

RESUMO

Através deste trabalho faz-se uma abordagem acerca da relação terapêutica na psicose, como se desenvolve e processa, desde o nascimento da nova relação até à transferência dessa nova relação para outros objectos. A partir de um caso clínico ilustra-se as dificuldades e problemáticas essenciais destes doentes e reflecte-se sobre as causas da doença psicótica e como os processos de identificação podem contribuir para o seu despoletar.

Palavras-chave: Psicose, nova relação, transferência, processos de identificação

Não sou nada.

Nunca serei nada.

Não posso querer ser nada.

À parte isso, tenho em mim todos os sonhos do mundo. (...)

Álvaro de Campos

A psicanálise é uma terapia da relação.

Pela transferência, o sujeito repete a relação patogénica, na relação analítica, o que permite ao analista, através da interpretação da transferência, compreender o passado patogénico do sujeito e contribuir para a sua conseqüente resolução (Coimbra de Matos, 2005). Contudo, não é

a transferência o processo fundamental da análise, mas sim o estabelecimento da nova relação que nasce na relação analítica. Esta nova relação, sanígena e desenvolvutiva, permitirá ao sujeito transformar o seu modelo interno de relação, e fará com que, gradualmente, se dê a transferência da nova relação para outros objectos do quotidiano (Coimbra de Matos, 2005). Através desta nova relação, dá-se a reparação das falhas narcísicas: o narcisismo do sujeito passa a ser autárcico (Coimbra de Matos, 2005), auto-regulado pelo próprio, que já não precisa do olhar do outro para que se preencha, mas sim de si mesmo, de um olhar de si para dentro de si, de uma auto-reflexão. Dá-se, portanto, uma diferenciação identitária e caminha-se a largos passos para a desintoxicação da patogenia, o que fará com que o doente desfrute melhor das relações, não permitindo que o processo de empobrecimento psíquico ganhe terreno.

Na psicose o principal mecanismo de defesa utilizado é a clivagem, isto ocorre porque é habitual haver nestes doentes uma equação simbólica, onde a representação da coisa é a coisa em si mesma. Estes doentes não acedem à simbolização, e para eles não há um “faz de conta”, há só e sempre uma realidade que muitas vezes é difícil de aceitar. No processo de identificação projectiva, o analista não assume o papel do objecto interno, mas torna-se ele mesmo. Portanto, a forma pela qual estes doentes se defendem é clivando o objecto, mas também o Eu, o que faz com que não possuam um conhecimento do real – porque tudo é real, mesmo que assim não seja – nem de si mesmos, pois o seu Eu também está clivado. O retorno do clivado surge através de delírios, alucinações, ataques de pânico ou raiva, o que dificulta em muito a tarefa do analista, que é interpretar estes sinais, pois eles são desprovidos de qualquer elemento que os associe à consciência do sujeito (Coimbra de Matos, 2005). Por sua vez, o analista tem dificuldade em responder de forma adequada a estes episódios, o que faz com que a contratransferência seja, habitualmente, negativa, quando não agressiva. O psicótico vive, assim, aprisionado numa circularidade repetitiva que o impede de ser criador de si mesmo, para si mesmo, caindo no poço da inexistência mental e da gradual desertificação psíquica.

Estes são doentes que sofreram uma situação traumática muito precoce, mas que podem retomar o seu desenvolvimento psíquico saudável através da nova relação estabelecida com o analista, no entanto, e devido ao carácter arcaico e primitivo do seu funcionamento, a análise destes sujeitos é longa, é, como disse Gouvêa Franco (2005), “um caminho traçado entre pedras”. Apresentarei um excerto de um caso clínico descrito por este autor: “Estela, a psicose, um caminho entre pedras”.

“O sofrimento da paciente é grande. A crise de angústia que a trás ao consultório já a havia levado a um hospital geral, durante as férias com a família no litoral norte de São Paulo. Bonita, inteligente, jovem, frequenta o último ano de um curso na Universidade de São Paulo. À primeira vista, a família seria bem estruturada. O pai engenheiro, a mãe é artista plástica, a irmã mais velha já morou na Europa e actua no mercado financeiro. Uma investigação mais atenta mostra, entretanto, que naquilo que Laing (1971) chamou de “a política familiar”, Estela “perde feio”. Nos

jogos de poder é humilhada, a feminilidade ferida, a vida fortemente enxovalhada. Não apenas ela, a família toda sofre dissimuladamente os feitos destruidores da loucura. (...) É possível identificar o seu medo, na sua forma de falar, no seu modo de trazer o material. Assustada, qualquer barulho a faz estremecer. Parece sempre invadida, sem pele psíquica suficiente, sem unidade, clivada, sem protecção na fronteira. Os seus gestos (no início) são truncados, sem harmonia, sem beleza: tiques. Vive com medo de todos na sua escola. Teme que alguém na sala de espera ouça o que está a dizer.

Palavras construídas e alteração radical na entonação das palavras: o afastamento da comunidade dos falantes: palavras feitas e refeitas, segundo os critérios da condensação e deslocamento. A presença do inconsciente faz-se sentir. São perturbações importantes na imagem do próprio corpo, especialmente na boca e face e em toda a região do ventre. É preciso notar que são partes constituintes do aparelho digestivo: a boca e o estômago. Perturbações na oralidade que aqui se manifestam? Pensa que a sua barriga vai crescer.

Chega a bater na barriga para que esta não “cresça”.

Desconfia que seja possível ver a sua barriga enorme e rebelde através de um decote de casaco que não vai além da linha dos seus seios. Delírio. (...) O corpo move-se desconexo, como se nunca tivesse sido pegado adequadamente quando bebé. O caminho é entre pedras: magoa os pés. Se fosse neurose, poder-se-ia falar em pés inchados de Édipo. O caminho entre pedras aponta, entre outras coisas, para os limites do analista. Ele não é onnipotente, não vê nem sabe tudo. Ele pode irritar-se com o baixo preço pago pela sessão, ou com a experiência velada ou expressa de frustração do paciente com o tratamento. O caminho é entre pedras também para o paciente. O analista não está disponível no fim-de-semana e férias, o paciente sofre, actua e ataca.”

(Franco, 2005)

É assim que nos é descrita Estela, e mais poderíamos acrescentar. O desenvolvimento que ficou suspenso numa fase muito precoce da sua vida é agora retomado na análise. O analista terá que se adaptar às necessidades da paciente, onde a mãe falhou. Estela que se identifica com uma mãe frágil, terá que se identificar com um novo objecto, agora mais forte e seguro, mais estruturante. Mas primeiro, terá que sentir que existe no interior do analista, que este não a esquece, que ela existe no seu interior em constância, sabendo que é amada, fantasiada, sonhada, lembrada. Só depois, Estela poderá introjectar esse objecto – neste caso, o analista – mantendo a sua constância estruturante, no interior de si. Agora Estela está pronta para amar. Com o analista irão iniciar-se importantes e intensas trocas, mas agora harmoniosamente orquestradas. Paciente e analista complementam-se como as diferentes peças de um puzzle. E esta diferença que aqui se esboça é um caminhar para que se processe a individuação – separação: o paciente torna-se cada vez mais ele próprio, agora com um bom objecto internalizado, e precisará cada vez menos do analista, pois o seu self agora é mais coeso e autónomo. Mas neste decurso, não só o paciente se transforma: o analista também cresce como analista; Gouvêa Franco (2005), referindo-se a Estela, diz-nos: “a recusa do caso teria impedido o crescimento do analista”, Coimbra de Matos

(2005) vai mais longe e afirma “Pobre, triste e estúpido do analista que não aprende com os seus analisandos!” O analista cresce como pessoa, tornando-se mais generoso e objectal, desafia-se a si próprio, tentando compreender os preâmbulos da loucura.

Searles (1959), numa exploração acerca da etiologia da esquizofrenia, fala-nos num “esforço para enlouquecer o outro”. Assim, um sujeito tornar-se-ia psicótico 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”. De resto, as concepções actuais não vão muito para além desta hipótese teorizada por Searles em 1959. Coimbra de Matos (2006) refere-se à identificação imagoico-imagética para definir um importante processo de construção da identidade, pelo qual um sujeito introjecta a identidade que lhe foi atribuída pelos seus objectos significativos. Os objectos de amor espelham uma imagem que o sujeito capta, acerca de si, fazendo do indivíduo aquilo que o outro acredita ou deseja que ele seja. Acerca deste processo, Coimbra de Matos (2005) afirma ainda que “ (a identificação imagóico-imagética) Constitui o esqueleto identitário, marcando para todo o sempre aquilo que o indivíduo acredita ser e passa mesmo a ser”. Este processo identitário é o mais primitivo e aquele que acaba por definir o sujeito por toda a sua vida. Contudo, à medida que o indivíduo se vai desenvolvendo e ganhando capacidades auto-reflexivas, vai construindo um ego operante, vai-se construindo a si mesmo enquanto vontade e intenção, tornando-se mais autónomo; à medida que age e descobre acerca de si mesmo, traça, também, o seu próprio caminho futuro, identificando-se, assim, à sua própria “forma”, ao seu próprio eu. Este processo é designado por Coimbra de Matos (2006), por identificação idiomórfica, e caracterizado como “... o retalho mais *nobre*, genuíno e fiel da identidade pessoal”. Quando esta oportunidade é vedada, ao sujeito não resta mais do que continuar a identificar-se com a imagem que os outros espelham de si, permanecendo nela aprisionado. Numa fase posterior, dá-se a identificação alotriomórfica (Coimbra de Matos, 2006), isto é, a identificação ao modelo. Esta identificação, que pode ser feita com um objecto externo ou interno, é de particular dificuldade no doente psicótico, pois nele tudo é fragmentado: não tem um conhecimento total de si mesmo, porque o seu self é em arquipélago, nem dos objectos exteriores, devido às identificações projectivas maciças e às constantes clivagens do objecto. A distorção do eu, faz com que o sujeito se defenda projectando o mau objecto interno, assim como as partes de si que são rejeitadas.

Para terminar estas considerações acerca da psicose e da relação terapêutica nesta patologia, gostaria de coroar com a bonita imagem que nos é transmitida por Coimbra de Matos (2005), quando nos diz que "Analisar um psicótico é descobrir a estátua que jaz no bloco de pedra que golpeamos. (...) O génio foi aprisionado no tortuoso labirinto da loucura." É, então, o psicanalista o escultor. Esculpe na relação, a partir da relação patogénica, e pela relação sanígena e desenvolvutiva (Coimbra de Matos, 2005). Desta forma, o analista tenta conduzir o génio para fora do labirinto de si mesmo.

BIBLIOGRAFIA

Gouvêa Franco, S. (2005). Estela, a psicose, um caminho entre pedras. *Análise Psicológica*, 4 (XXIII): 381-390.

Matos, A. Coimbra de (1990). Tópicos sobre a psicoterapia das psicoses. In: *Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica*. Lisboa: Climepsi, 2006.

Matos, A. Coimbra de (1996). Percursos da identidade: processos transformadores. In: *Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica*. Lisboa: Climepsi, 2006.

Matos, A. Coimbra de (2005). Transferência e nova relação na psicose. *Psilogos – Rev. do Serv. de Psiquiatria do Hospital Fernando da Fonseca*, nº 1, vol. 2, pp. 83-90.

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