

Sobre a Psicanálise nas Psicoses

JAIME MILHEIRO (*)

I

A psicanálise verifica que a psicose não é uma irremediável fatalidade do destino, porque há uma compreensão teórica do seu processo e da sua psicogénese, seja qual for a sua etiopatogenia. Há várias modalidades de psicose, separáveis pelos seus mecanismos específicos, incrustados em origens precoces onde outros mecanismos existem, provavelmente comuns. Em todas há uma regressão funda da vida pulsional agressiva e libidinal, a par duma regressão estrutural. Essa dinâmica provoca um tipo de funcionamento geral anómalo e particular, que põe em uso esses mecanismos precoces e fundamentais da organização psíquica, os quais, embora acontecidos em toda a gente, no psicótico se fixaram, não evoluíram ou de forma deficiente se transformaram noutros mais elaborados. Mecanismos de projecção, introjecção, clivagem do Ego, clivagem de objecto, recusa e, sobretudo, de identificação projectiva patológica, espécie de placa giratória de todos os outros, que M. Klein e continuadores puseram em re-

levo e são largamente descritos na literatura psicanalítica. A escola kleiniana é, aliás, fundamental para a compreensão teórica e prática deste tipo de estudos que, embora iniciados por Freud, foram por ela enormemente desenvolvidos. Os kleinianos acrescentaram andares subterrâneos ao edifício solidamente construído por Freud. Passaram da neurose à psicose, diferentes apenas em grau, em aprofundamento da doença. Lançaram a teoria da «psicose inicial», passaram do Édipo à oralidade.

A regressão estrutural acarreta graves consequências. As instâncias do aparelho psíquico, lentamente diferenciadas ao longo da sua formação, voltam a uma espécie de estado indiferenciado. Acontece uma invasão do processo psíquico secundário pelo processo psíquico primário. De forma muito esquemática percebe-se que, na esquizofrenia, o Ego perde a sua autonomia, na melancolia o Superego se funde com o Ego, na mania há uma tentativa de evacuação do Ego (mais do que um triunfo do Id sobre o Ego). Esta regressão defensiva, desencadeada pela ansiedade, provoca uma enorme desorganização. Entram em jogo os mecanismos referidos e o funcionamento anormal, donde emergem novos arranjos secundários, com sintomas característicos de que

(*) Psicanalista. Membro Didacta da Sociedade Portuguesa de Psicanálise.

o delírio e a actividade alucinatória serão uns bons exemplos, como Freud acentuou. As pulsões libidinais e agressivas separam-se, a agressividade assume uma predominância evidente. Desencadeia-se uma inflação narcísica e a relação objectal perturba-se por desinvestimento da realidade externa. Recalca-se a realidade externa, como às vezes se diz.

Os objectivos duma intervenção terapêutica de certa forma daqui se podem deduzir, bem como os aspectos gerais de atitude e da técnica.

II

O objectivo terapêutico é sempre procurar um funcionamento psíquico diferente, dentro do possível, o que varia conforme o tipo de psicose, aguda, crónica ou por acessos, obrigando a estratégias adequadas. As possibilidades de intervenção psicoterapêutica existem quando o doente não está totalmente mergulhado na sua psicopatologia, ou seja, quando mantém relativamente a ela alguns contrapontos positivos. Numa esquizofrenia crónica, por exemplo, onde tudo parece comprometido, essas possibilidades parecem inexistentes. Variam de caso para caso, dependendo de múltiplos factores. Bastará pensar que toda a intervenção pressupõe uma relação confiante, uma relação interpessoal baseada numa aliança terapêutica entre os intervenientes, para se adivinharem dificuldades especiais, considerando quanto tem de frágil, ou é mesmo inexistente, a motivação em muitos pacientes, ou a forma particular como se relacionam mesmo quando motivação existe. Impraticável, pelo menos isoladamente, em muitos casos, noutros é apenas possível estabelecer uma espécie de compromisso entre a psicose e o resto, comportamento incluído. «Aprender a viver com a psicose» é, nesta situação, algo já bastante significa-

tivo. O doente não chega a abandonar o seu modo de existência perturbado, mas tem consciência disso e reprivatiza o modelo, o que, aliás, também acontece em muitas pessoas que, mantendo uma funcionalidade geral por vezes ainda bastante eficaz, apesar de psicóticos, não chegam nunca a consultar ninguém. Limitar a evolução nuclear e o desenvolvimento da deterioração psíquica será então o objectivo, sempre que uma restauração com elaboração posterior não seja praticável.

São poucos os casos de psicose bem estruturada acessíveis a uma terapia analítica completa, terapia que efectivamente promova o tipo de funcionamento psíquico que a cura-tipo em si mesma pretende, pelo que esse modelo de intervenção raramente é usado, pelo menos inicialmente. A técnica a utilizar é a chamada PIP — Psicoterapia de Inspiração Psicanalítica — com todas as variações técnicas que o tipo de psicose e o seu tipo de curso propiciarem. Variações e possibilidades que são altamente condicionadas pelas próprias condições do terapeuta e pelo seu gosto e arte, dado que a identificação recíproca, necessária em todo o processo terapêutico, tem aqui também particulares dificuldades. Nessa identificação recíproca há sempre um movimento bilateral, relativo ao binómio aproximação-distanciação, modelarmente referenciado à relação neurótica no processo analítico clássico. Mas aqui tudo se complica, considerando as quantidades de angústia que a estranheza da vivência psicótica em toda a gente provoca. Se assim não fosse, não seria psicose. A aproximação identificatória é difícil, a distanciação, por vezes, também o é. Permitir a loucura do outro e estar dentro dela sem prejuízo, implica uma aceitação profunda da psicose e da sua própria angústia por parte de quem trata, com uma conservada liberdade emocional suficientemente distanciada de forma a poder manter o discernimento, o que nem sempre é fácil de conseguir. O que coloca o problema do

transfert e do contra-*transfert*, da análise dum e doutro e da sua indispensável utilização na técnica.

Este tipo de problemas colocam-se desde Freud, relançados por M. Klein, a partir dos aprofundamentos na teoria e na prática. Freud e Abraham, que foram os primeiros investigadores destes casos e descobriram os seus elementos básicos e mais importantes, pensavam que os psicóticos, nomeadamente os esquizofrénicos, eram inanalísáveis, porque eram incapazes de estabelecer um *transfert*, pelo menos à maneira dos neuróticos, de forma a poder ser interpretado e, portanto, utilizado na relação. No entanto, autores que se lhes seguiram, demonstraram precisamente o contrário — existe um *transfert* diferente, com características especiais — e desenvolveram tipos de intervenção nele baseados. Numa era ainda quase pré-kleiniana (década de 40), Paul Federn, em Viena, realizou um enorme trabalho com psicóticos e elaborou um conjunto de ideias ainda hoje básicas sobre as qualidades particulares do seu Ego e dos limites desse Ego, demonstrando que os esquizofrénicos estabelecem um *transfert* maço e instável, positivo e negativo. Considerava, na sua prática, que apenas no aproveitamento exclusivo do *transfert* positivo os psicóticos podem ser tratados, e introduziu a técnica para a sua manutenção e alongamento no tempo a que hoje chamaríamos co-terapia. Interrompia mesmo o tratamento quando o *transfert* negativo se instalava. Segundo ele, o psicótico está mesmo ávido de transferir, quer na sua parte saudável, quer na sua parte doente, e o analista não deve dissolver o *transfert* positivo mas, sim, aproveitá-lo, na intenção de promover um novo recalçamento do material inconsciente, que, libertado pelo processo patológico, invadiu o Ego. Esta ideia fundamental é, além do mais, curiosa, porque representa uma espécie de inversão do método da Psicanálise clássica. Tenta, na sua essência, promover uma delimitação mais segura do Ego de

forma a se poderem reconstruir as defesas neuróticas. Por outras palavras, tenta recalçar a psicose transformando-a em neurose e, depois, abordá-la como tal. Federn deixava completamente de lado as correntes agressivas transferenciais.

Noutra linha de investigação e noutro tipo de prática, Rosenfeld, por exemplo, e outros, utilizando as descobertas kleinianas, demonstra que é possível a análise do *transfert* positivo e do negativo, utilizando, nos casos que relata, uma técnica interpretativa baseada sobretudo na análise da identificação projectiva, que considera eficaz. «Não estamos numa situação de ausência de *transfert* mas perante uma dificuldade em conhecer e interpretar as manifestações do *transfert*», acrescenta.

Ler Federn ou Racamier, por um lado, ou ler Rosenfeld e os kleinianos, por outro, é ler discursos práticos distintos que pensamos complementares. Ao citá-los, queremos dizer que, para além dos aprofundamentos da teoria, a intervenção pode variar conforme o terapeuta, até porque, também aqui, cada analista analisa sempre com a sua própria personalidade.

A necessidade teórica da utilização da realidade externa que vamos referir, está muito mais próxima da linha de Federn do que da de Rosenfeld. Apesar de não estarmos de acordo quanto às considerações do primeiro sobre o *transfert* negativo e considerarmos de inestimável valor a descoberta e a utilização interpretativa dos mecanismos de identificação projectiva. O problema estará em saber como passar dos subterrâneos que ela representa, na sua qualidade de relação dual e pré-genital, para a relação de tipo edipiano, constituinte essencial dos seres humanos. É nesse sentido que julgamos necessária a utilização da realidade externa, que funciona na altura como introdutora do terceiro elemento, indispensável ponto de referência para se poder trabalhar.

III

No processo analítico das neuroses, em princípio, apenas da realidade interna se trata. A triangulação está organizada de forma suficientemente capaz, apesar de ter de recorrer a compromissos sintomáticos, e a relação interpessoal precoce está solidamente internalizada, na forma de objectos internos. A realidade externa não está relacionalmente perturbada, pelo que quase não é considerada no processo terapêutico. Deve ser apenas representada pelo protocolo analítico. Nas psicoses, diferentemente, a regressão estrutural a um estado precoce, dual, tem incidências graves sobre a realidade externa, que, desinvestida pelo processo, é metaforicamente recalcada como atrás dizíamos. Deixa de funcionar como objecto relacional, passando apenas a ser alvo de projecções primitivas. O indivíduo funciona a dois, cliva e projecta, sem o contraponto dinâmico que o terceiro elemento proporciona. Isto terá de contar na estratégia terapêutica, conforme o caso, e ser referido a cada passo na interpretação. A realidade externa do analista, e a sua referência, constituirão uma possibilidade de restabelecer, através dela, elos significativos com o outro elemento, o terceiro, que na altura também representa. O analista será transferencialmente o que o psicótico nele vive, de forma fantasmática, e também o objecto real perdido nele reencontrado. Tem mesmo, nesse papel, a qualidade de elemento fundamental para a restauração da relação perdida ou em vias de se perder (clivar)... em nosso entender... É a própria condição psicótica a gerar a modalidade prática.

Há uma famosa expressão de S. Nacht — «o psicanalista conta mais por aquilo que é do que por aquilo que diz» — que, embora referida noutra terreno, dalgum modo se torna igualmente significativa para estas situações.

Nacht referia-se à presença do psicanalista na instituição, onde, segundo ele, mais do que jogar à psicanálise, deve situar-se como pessoa e constantemente ser exemplo, na maneira de abordar e escutar os doentes e na forma de trabalhar com os outros, sem se preocupar com o prestígio do seu título ou do poder da sua função. O psicanalista valerá por aquilo que é, nessa função, e secundariamente por aquilo que diz. Por analogia diremos que, no tratamento das neuroses, no processo analítico verdadeiro, o psicanalista conta mais por aquilo que diz, do que por aquilo que é, enquanto, no tratamento das psicoses, o analista conta mais por aquilo que é do que por aquilo que diz. O doseamento destas duas vertentes, mais num sentido ou mais no outro, varia conforme o grau de desinvestimento objectal do caso. Queremos com isto dizer que a função de presença real ou de «mensageiro da realidade», como diz Racamier, estará sempre em uso, de forma potencial ou manifesta e tem de ser considerada frequentemente nas intervenções, interpretações e actuações em geral. Trata-se de duas vertentes, interna e externa, não clivadas por parte do terapeuta, que compõem a resposta às duas realidades, interna e externa, clivadas por parte do doente. Só assim, como mensageiro onde as duas realidades estão integradas, poderá ser um modelo de identificação para estes casos, evitará um discurso duplamente psicótico e criará condições para que se possam restabelecer comunicações entre a parte patológica do doente e a parte sã, entre o narcisismo e a relação de objecto, a libido e a agressividade, o amor e o ódio, a genitalidade e a pré-genitalidade, a realidade externa e a realidade interna. Na «construção» da psicose há sempre um duplo registo, paradoxal, não integrado, a tentar integrar na sua reparação. Qualquer que seja a importância relativa do «double-bind» e da famosa mãe do esquizofrénico dos anos 60, como factor etiológico, pensámo-los sempre significativos. A dupla po-

sição do analista modelo de identificação para o doente, corresponderá nesse sentido à possibilidade de elaborar, na relação, o duplo-registo fixado e por isso mesmo patogénico, uma vez que nele, analista, está integrado e é verbalizado. Não se trata dum artifício técnico usado como rede de segurança para as angústias do terapeuta, embora também o possa ser. É, antes, uma compreensível necessidade, na teoria e na prática, pensamos nós. Só assim poderá «estar» de forma a «ser» e, ao mesmo tempo, simbolicamente «representar», a mãe boa e protectora que, pela sua atitude, tem efeito reparador sobre as carências precoces angustiadamente, psicoticamente, sofridas. Só assim poderá ter alguma eficácia na passada «equação simbólica» à formação do símbolo. O que nos aproxima de Federn apesar da utilização da interpretação de tipo Rosenfeld (o que não podemos é ficar por aí).

IV

Quando se escuta um psicótico, avaliam-se as possibilidades, os factores de esperança, como é costume dizer-se. Esta simples designação contém em si mesma um elemento significativo. Factores de esperança em quem? Quando se fala de psicanálise, nas neuroses, habitualmente põem-se indicações — é esta a palavra usada na literatura — em formas globais como não podia deixar de ser, dado que o factor pessoal também aí existe sempre, embora com valor muito mais relativo. Nas psicoses, curiosamente, fala-se sobretudo de escolha, em vez de indicações, de escolha de doente, o que só por si realça o que atrás dissemos quanto à importância das condições do terapeuta nas relações a estabelecer.

Em três ângulos têm de ser encarados esses factores de esperança: por parte do doente, do meio familiar ou substituto, e do terapeuta. Por parte do doente, esses fac-

tores são mais elevados quanto a angústia presente ou latente se situa num nível quantitativo permissor dum trabalho de elaboração. O nível não pode ser excessivo, de forma a inutilizar todo o valor da palavra — nessa circunstância terá de ser reduzido por outros processos — nem ausente, porque, dessa forma, não é igualmente operável qualquer trabalho dinâmico. A ausência de angústia traduz estabilização do processo, uma diferente forma de funcionar secundariamente cristalizada, seja pelo tempo de doença seja pelo tempo de doente (idade), redutor dos investimentos pulsionais. Mesmo quando há condições operatórias aparentes, o trabalho psicoterapêutico sobre esta angústia é susceptível de riscos. Basta reflectirmos um pouco no facto de que as soluções de compromisso que ela assume, sobre a forma de sintomas, a podem esconder em grande parte. Os sintomas representam muitas vezes um anteparo, o anteparo possível embora frágil, para um desabrochar excessivo dessa angústia, pelo que o seu levantamento pela via interpretativa pode desencadear movimentos regressivos ainda mais destruturantes. É neste ponto que aquilo que designamos por «tentação psicanalítica» tem de ser evitado. Resistir à tentação de penetrar o campo aberto oferecido pela psicose só implicará sofrimento se, com isso, trouxer um controlo no furor de curar. Por parte do analista. Uma penetração interpretativa só terá gratificação mútua se houver igualdade de circunstâncias entre os intervenientes, o que não é o caso da psicose. A violência da interpretação poderá então ser um abuso sobre a fragilidade do outro — gratificar um à custa do outro não tem nada de terapêutico, como na vida não representa um prazer verdadeiro — pelo que o seu critério tem de obedecer a registos tácticos de frustração, mediatização e espera por parte do terapeuta, muito mais do que nas neuroses. Não resistir à tentação, muitas vezes, não é mais do que não tolerar a frustração e a

angústia, que o facto psicótico em si mesmo provoca. Equilíbrios instáveis, em estruturas psicóticas ainda inter ou intrapsiquicamente funcionantes, com fragilidades narcísicas graves, podem facilmente desmoronar-se nessas circunstâncias, pelo quantitativo brutal de angústia incontrolável que proporcionam. Esse movimento regressivo, desencadeado em roda livre, tenderá secundariamente a organizar-se de qualquer forma, por qualquer processo, para contra ela lutar. Dessa manobra antálgica resultam delírios, por exemplo, ou comportamentos a condizer, se o terapeuta interpreta o sintoma que funciona como sistema de protecção. Isto pode acontecer em interpretações de conteúdo incidindo sobre a vida pulsional, o que não tem a ver com a análise directa preconizada por Rosen. Este autor teoriza e defende uma prática de interpretação directa, sem a mediação dum certo número de cadeias associativas, quer sobre os conteúdos inconscientes, quer sobre expressões infra-verbais e não verbais (mímica, gestos, etc.) mas feitas sempre na relação e quando as circunstâncias de estabilização o permitam. O que é diferente dos casos que referíamos, que têm mais a ver com a história do aprendiz de feiticeiro. A tentação psicanalítica é facilitada pelas condições particulares do *transfert* e pelo inconsciente à vista neste tipo de patologia. O que pode levar anos a descobrir numa organização neurótica, surge aqui em campo aberto. Também por isto a atitude terapêutica nas psicoses tem de ser muito mais uma atitude psicoterapêutica do que analítica propriamente dita.

Outros factores de esperança, do lado do doente, residem nos dados fornecidos pela história pessoal, prévia à inundação do aparelho psíquico pelo inconsciente, avaliável através dos seus investimentos afectivos e sociais. O que é fácil de entender. Alguma segurança por aí indica-nos, mesmo se, naquele momento, da sua nitidez pouco ou nada se percebe, a existência dum outro factor positivo. Revela-nos uma parte não

psicótica do Ego, activa e potencialmente mobilizável, contraponto edipiano duma pré-genitalidade superinvestida, além duma economia nos investimentos pulsionais com um mínimo de garantia, para uma possibilidade de trabalho. Outro factor ainda será a ausência duma demasiada rigidez no sistema defensivo. Isto depende sobretudo da forma como se conjugam as perturbações narcísicas com os investimentos objectais, nas várias etapas de desenvolvimento da psicosexualidade, que podem defensivamente terminar nos extremos da rigidez total (paranóia) ou na sua ausência (esquizofrenia hebefrénica).

Factores de esperança do lado familiar residem na própria dinâmica do agregado, presente no quotidiano, que pode ser suficientemente maleável e aceitante para ser terapêutica ou suficientemente rejeitante, de forma consciente ou inconsciente, para continuar a ser patologizante. Estas condições têm importância capaz de, só por si, imporem estratégias variantes.

Do lado do terapeuta, os factores de esperança só existem se ele próprio tiver essa esperança e a transmitir directa ou indirectamente ao doente, na relação. Apenas com esta condição poderá encontrar dentro de si a disponibilidade e maleabilidade indispensáveis para suportar a frustração, continuar a estar e a interpretar e resistir à tentação psicanalítica. A necessidade constante duma capacidade inventiva, sempre renovada, e duma tolerância à conhecida capacidade intuitiva do psicótico, pressupõem, além disso, uma boa experiência em psicoterapias de longo curso, noutra tipo de casos. Além duma circulação interna dos registos contra-transferenciais suficientemente lubrificada, aliada à convicção segura, sem esforço, no que está a fazer. É neste último aspecto que, aquilo que designamos ironicamente por «ingenuidade do terapeuta», tem um sentido profundo e assume uma muito maior impor-

tância do que noutra situação qualquer. Entendendo-se por ingenuidade uma condição pessoal que modela um tipo especial de contra-atitude, onde a curiosidade e o interesse pelo outro, aliado à convicção íntima, se conjugam na presença e na intervenção terapêutica. O terapeuta situa-se, então, como se tudo acontecesse pela primeira vez, sem passado nem futuro ou, noutra formulação, como uma criança normal que pode ser companheira de jogo dum criança psicótica sem estar a pensar nisso. Ingenuidade aqui significa ausência de pensamentos prévios, não por ignorância das situações, mas por uma longa experiência dentro delas, associada a uma igual ausência de fixação de desejo prévio quanto à finalidade do que se vai observando e vai acontecendo. Ausência de pensamento e de desejo prévios, associado ao gosto pessoal e à profunda convicção na sua própria identidade pessoal e de analista.

Não está longe da ausência de memória e de desejo sobre o doente de que falava Bion.

É na conjugação destes factores de esperança que o exercício técnico, sempre com muito de pessoal e não codificável, e, por isso mesmo, dificilmente transmissível, tem as melhores condições para ser conseguido e dele utilidade resultar. Através dum caminho certamente longo que conduzirá da psicose à neurose, e desta à normalidade, quando for possível. O que passará pela elaboração da dualidade clivada até à ambivalência e da evolução de mecanismos primitivos, nomeadamente de identificação projectiva, para mecanismos mais elaborados. Passará pela reparação da auto-estima de forma a que o próprio possa valorizar os seus próprios passos, a sua própria história e o seu próprio pensamento e pela aquisição da possibilidade de exprimir os afectos bloqueados.

Numa palavra, passará pela passagem da pré-genitalidade prevalente à situação edi-

piana estruturada como tal, pela passagem dum criança psicótica a uma criança normal.

RESUMO

Após tecer considerações gerais sobre a psicose e sobre o que se pode esperar da Psicanálise na sua compreensão e terapêutica, citando linhas de condução freudianas e kleinianas, o autor foca algumas dificuldades técnicas e desenvolve três ideias:

- a necessidade da utilização da realidade externa na terapêutica das psicoses;
- a necessidade de evitar, em certa medida, a «tentação psicanalítica»;
- a necessidade dum «ingenuidade do psicanalista» no posicionamento do terapeuta.

BIBLIOGRAFIA

- FEDERN, P. (1943) — «Psychoanalysis of Psychoses», *Psychoanal. Quarterly*.
- FREUD, S. — «Le Président Schreber», in *Cinq Psychanalyses*, P. U. F., Paris.
- FREUD, S. — *Névroses, Perversions et Psychoses*, P. U. F., Paris.
- MILHEIRO, J. (1983) — «Psicoterapia analítica na esquizofrenia», in *O Médico* n.º 1654, Porto.
- NACHT, S. (1971) — *Guérir avec Freud*, Payot, Paris.
- RACAMIER, P. C. (1974) — *La Psychotherapie dans les Psychoses*, E. M. C., 37819 A 10.
- RACAMIER, P. C. (1976) — *L'Interpretation Psychanalytique des Schizophrenies*, E. M. C., 37291 A 10.
- RACAMIER, P. C. (1973) — *La Psychanalyse sans divan*, Payot, Paris.
- ROZEN, J. N. (1946) — *L'Analyste directe*, P. U. F., Paris.
- ROSENFELD, H. A. (1976) — *États Psychotiques*, P. U. F., Paris.