

ESQUIZOFRENIA, ENTRE OS MANUAIS E A PSICANÁLISE: DUAS VISÕES DO MESMO SUJEITO?¹

SCHIZOPHRENIA, BETWEEN THE MANUALS AND PSYCHOANALYSIS: TWO VIEWS OF THE SAME PERSON?

Allan Israel Ribas², Eduarda Goettems Fontana³, Eduardo Daltrozo Gutierrez⁴,
Luís Filipe Maia da Rosa⁵, Tércio Inácio Jung⁶

¹ Trabalho produzido para a disciplina de Psicopatologia 2022/1;

² Aluno do curso de graduação em Psicologia-UNIJUI, allan.ribas@sou.unijui.edu.br

³ Aluna do curso de graduação em Psicologia-UNIJUI, eduarda.fontana@sou.unijui.edu.br

⁴ Aluno do curso de graduação em Psicologia-UNIJUI, eduardo.gutierrez@sou.unijui.edu.br

⁵ Aluno do curso de graduação em Psicologia-UNIJUI, luis.rosa@sou.unijui.edu.br

⁶ Graduado em Filosofia...; Aluno do curso de graduação em Psicologia-UNIJUI, tercio.jung@sou.unijui.edu.br

RESUMO

A esquizofrenia tem como principal característica uma “cisão” (*Spaltung* em alemão) da mente, propondo como principal característica o prejuízo ao pensamento em suas associações. Nos termos dos manuais psiquiátricos tem como características principais alterações na afetividade, comportamento, vontade, percepção, insight, linguagem, relações interpessoais, vida escolar, ocupacional, entre outros. Já nos termos da psicanálise a “lógica” em funcionamento é diferente e está relacionada a dois eixos: a da estrutura e a da posição subjetiva, ambas, profundamente articuladas com o mecanismo causal em jogo.

Palavras-chave: Esquizofrenia; Psicanálise; Psiquiatria; Psicopatologia.

ABSTRACT

Schizophrenia has as its main characteristic a “split” (*Spaltung* in German) of the mind, proposing as its main characteristic the damage to thought in its associations. In terms of psychiatric manuals, its main characteristics are changes in affectivity, behavior, will, perception, insight, language, interpersonal relationships, school life, occupational life, among others. In terms of psychoanalysis, the “logic” at work is different and is related to two axes: that of the structure and that of the subjective position, both of which are deeply articulated with the causal mechanism at play.

Keywords: Schizophrenia; Psychoanalysis; Psychiatry; Psychopathology.

INTRODUÇÃO



A esquizofrenia tem como principal característica uma “cisão” (*Spaltung*) da mente propondo como principal característica o prejuízo ao pensamento em suas associações. Do grego: *Esquizo* (divisão) *frenia* (mente). Atualmente se sabe que a sua prevalência é algo em torno de 1% em todo mundo; entretanto, apenas uma pequena parcela desta população recebe o tratamento adequado.

A cisão do Eu é apontada como um dos fenômenos primários da esquizofrenia, o qual provoca um rompimento de sua unidade e a tentativa de restituição dessa coesão perdida será manifesta através dos sintomas mais diretamente observáveis, a saber, alteração do fluxo do pensamento, a ambivalência afetiva, os delírios e as alucinações que buscam fazer frente à dissensão do eu.

Nos termos dos manuais psiquiátricos tem como características principais alterações na afetividade, comportamento, vontade, percepção, insight, linguagem, relações interpessoais, vida escolar, ocupacional, entre outros (American Psychiatric Association, 2014).

Porém como apresentado, desde Bleuler, e das contribuições da psicanálise, não somente comportamentos disfuncionais são característicos da esquizofrenia, mas principalmente a dificuldade em lidar com a realidade, devido ao descolamento entre o eu e o mundo real/externo (FREUD [1924] 2021).

Enfim, o ideal que este estudo/texto carrega é o de apresentar tanto a visão da psicanálise quanto a dos referidos manuais - não pela mera competição, por mais que essa seja saudável, se tratando de Ciência - no ímpeto de sinalizar por qual caminho os pés dos psicólogos podem andar para entender, identificar e acolher melhor esse sujeito “dividido”.

Afinal, a “doença” não existe sem a pessoa, ou ainda, as entidades nosológicas não vagam pelo mundo esperando para serem catalogadas. Por isso, ao se tratar de tal psicopatologia, não se pode perder de vista que por trás do diagnóstico “295.40 (F20.81)”, elencado no DSM-V, existe um sujeito e uma história, esperando para ser ouvido, compreendido e para ter a sua história respeitada, ao menos.



METODOLOGIA

A metodologia utilizada para este trabalho, foi a de uma pesquisa bibliográfica qualitativa e um seminário em sala de aula, almejando criar os laços necessários entre as diversas teorias analisadas e o sujeito com esquizofrenia.

O trabalho foi construído a partir do seminário proposto na disciplina de Psicopatologia 2022/1.

ESQUIZOFRENIA NOS MANUAIS

Como representante dos manuais psiquiátricos, encontra-se no DSM-V (Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5.^a) alguns critérios que definem o que caracteriza a esquizofrenia. Os chamados Critérios Diagnósticos, são apresentados a partir do código de identificação nosológica 295.90 (F20.9). Como é possível observar, dentro da construção do texto, poucas são as observações que dizem respeito ao sujeito envolvido no processo.

Nos termos do DSM, o espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos inclui a esquizofrenia, outros transtornos psicóticos e o transtorno (da personalidade) esquizotípica. Esses transtornos são definidos por anormalidades em um ou mais dos cinco domínios a seguir: delírios, alucinações, pensamento (discurso) desorganizado, comportamento motor grosseiramente desorganizado ou anormal (incluindo catatonia) e sintomas negativos.

Os sintomas, característicos da esquizofrenia, envolvem uma gama de disfunções cognitivas, comportamentais e emocionais, mas nenhum sintoma é específico do transtorno, ou seja exclusivo. O diagnóstico envolve o reconhecimento de um conjunto de sinais e sintomas associados a um funcionamento profissional ou social prejudicado.

O diagnóstico de Esquizofrenia sofreu alterações significativas na nova versão do DSM. O critério que define a sintomatologia característica (Critério A) continua requerendo a presença de, no mínimo, dois dos cinco sintomas para ser preenchido, mas a atual versão exige que ao menos um deles seja positivo (delírios, alucinações ou discurso desorganizado).



Embora os sintomas listados sejam os mesmos, o DSM-IV permitia que o Critério A fosse preenchido com apenas um sintoma nos casos de delírios bizarros ou alucinações auditivas de primeira ordem / Schneiderianas (ex.: vozes conversando entre si).

No DSM-5 essa exceção foi retirada por se considerar que a classificação de um delírio como bizarro é pouco confiável, especialmente por esbarrar em questões culturais, e a definição de sintomas Schneiderianos é pouco específica. Além disso, a nova edição abandonou a divisão da esquizofrenia em subtipos: paranóide, desorganizada, catatônica indiferenciada e residual.

Os subtipos dentro da ideia que o DSM mostra, tinham pouca validade e não refletiam diferenças quanto ao curso da doença ou resposta ao tratamento. Algo que pode ser discutido, e deve. Pois os “subtipos” levavam em conta não os sintomas nem os tratamentos, mas os sujeitos e suas formas de interagir com a realidade, imbricados pelos diagnósticos.

Enfim, nos termos do Manual, dois (ou mais) dos itens a seguir devem aparecer, cada um presente por uma quantidade significativa de tempo durante um período de um mês (ou menos, se tratados com sucesso). Pelo menos um deles deve ser (1), (2) ou (3):

1. Delírios;
2. Alucinações;
3. Discurso desorganizado;
4. Comportamento grosseiramente desorganizado ou catatônico;
5. Sintomas negativos (expressão emocional diminuída ou avolia).

As características psicóticas da esquizofrenia, como são chamadas as formas de delírio e alucinação no jargão do Manual, costumam surgir entre o fim da adolescência e os 30 anos; início antes da adolescência é raro. A idade de pico do início do primeiro episódio psicótico é entre o início e a metade da faixa dos 20 anos para o sexo masculino e fim dos 20 anos para o feminino. O início pode ser abrupto ou insidioso, mas a maioria dos indivíduos manifesta um desenvolvimento lento e gradativo de uma variedade de sinais e sintomas clinicamente importantes. Boa parte dessas pessoas queixa-se de sintomas depressivos.

Existe ainda a descrição de alguns fatores de risco e prognóstico ambientais. A “estação do ano” no nascimento é associada à incidência da esquizofrenia, incluindo fim do



inverno/início da primavera em alguns locais e verão para a forma da doença com déficits. A incidência de esquizofrenia e transtornos relacionados é mais alta em crianças que crescem em ambiente urbano e em alguns grupos étnicos minoritários. Fatores genéticos e fisiológicos também são apresentados pelo DSM, mostrando que existe forte contribuição dos fatores genéticos na determinação do risco para esquizofrenia, embora a maioria dos indivíduos com diagnóstico do transtorno não tenha história familiar.

No meio de tantos critérios, fatores e códigos, onde fica o sujeito? Onde se esconde a pessoa que está por trás de toda essa armadura colocada? Outra pergunta que se pode fazer é, quem coloca a armadura? O esquizofrênico, para não ser tocado, ou - e é o que parece ser mais próximo da realidade - os profissionais da saúde, que por receio em tocar no sujeito esquizofrênico, o vestem forçadamente com uma armadura, que mais parece uma camisa de força?

ESQUIZOFRENIA NA PSICANÁLISE

O termo “esquizofrenia” foi proposto por Bleuler (1857-1939), em substituição ao conceito de “demência precoce” criado por Kraepelin (1856-1926). A concepção de Bleuler ampliou o conhecimento da patologia, se referindo como “cisão da mente”, com principal prejuízo no pensamento e associações, além de outras sintomas que situam a esquizofrenia em um campo distinto de outras manifestações patológicas (KAPLAN, 1999).

Então, originalmente, a esquizofrenia era a demência precoce de Kraepelin, acrescentando-se a isso, a contribuição de Bleuler, um psiquiatra profundamente influenciado por Freud, do qual toma grande parte dos conceitos através de Jung.

No entanto, embora Bleuler tome conceitos fundamentais freudianos como *Spaltung*, há uma ressalva fundamental, qual seja, referente a dessexualização, ou melhor, a transformação do autoerotismo freudiano, típico da esquizofrenia em relação aos fenômenos corporais, no autismo de Bleuler é eliminado. Ou seja, qualquer referência sexual, tão alterada no campo das psicoses, é eliminada do conceito de esquizofrenia para a psiquiatria.



Esse movimento, de articulação entre a psiquiatria clássica e a psicanálise, é muito diferente daquela parte da psiquiatria atual, mais próxima da neurobiologia e dos atuais manuais internacionais, onde só se discutem os transtornos fortemente voltados e classificados em relação a uma direção de tratamento voltada para os psicofármacos, e não na clínica ou nos mecanismos subjetivos de produção das psicoses.

Em relação à causa, para a psiquiatria do DSM, esta não seria tão importante, embora forneçam dados mais ligados à neurologia (alterações morfológicas cerebrais), neurobiologia (modificação de certos neurotransmissores) e genética (padrões familiares), enquanto que, para a psicanálise, a “lógica” em jogo é diferente e está relacionada a dois eixos: a da estrutura e a da posição subjetiva, e ambas, profundamente articuladas com o mecanismo causal em jogo.

Já a partir de Lacan - do sujeito pensado como uma estrutura de três registros, o imaginário, o simbólico e o real - pode-se inferir, com certo reducionismo, que o imaginário é a vertente da imagem no sujeito, que se reflete em dois aspectos, ou melhor, o eu, como superfície e a relação com o semelhante; já o simbólico, é aquilo em relação à linguagem e as leis culturais que regem o sujeito e, por fim, o real é aquilo que escapa a toda simbolização, ligado-se ao orgânico/ao vivo e ao que, em psicanálise, é chamado de pulsão. Entretanto, convém enfatizar que esses três registros estão interligados.

Porém, o que acontece nas psicoses (logo, na esquizofrenia), em princípio, é um mecanismo da forclusão que opera, ou seja, a abolição de um significante privilegiado, ou ainda, a falta da função organizadora no “registro simbólico”, falha que em algum momento da vida do psicótico, pode fazer com que os três registros se desfaçam, produzindo toda a gama de fenômenos complexos e considerados, no senso comum, de anormais.

Enfim, tecendo uma analogia, tal qual em *Noites Brancas*, romance de Fiódor Dostoiévski, o esquizofrênico se parece bem mais com um sonhador do que com um homem acordado. Não por escolha própria, mas por destino que a própria vida lhe apresentou. Sonhar é melhor que se conectar a essa realidade tão distante e distinta da que ele consegue viver, por isso sonha. Sonha, por vezes, de formas muito parecidas com as das vidas dos outros



“normais”. Vez por outras, tem sonhos tão distintos e únicos que a realidade não se parece a mesma a dois sujeitos.

E agora, qual caminho seguir, jovem estudante? O das práticas materiais e prescritivas, onde os sonhos, e os sintomas são produções de um corpo *nonsense* que apenas responde a estímulos externos, ou o caminho de que os estímulos externos produzem sentidos internos irrepetíveis e repletos de significados? É a pessoa que importa ou a doença? Convém tratar apenas os sintomas, ou é preciso buscar as causas? O tratamento farmacológico é suficiente?

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Hoje suscitam-se infindáveis discussões quanto aos manuais de psiquiatria da atualidade. O DSM- V, por exemplo, finalmente está se impondo às classificações um conceito que vem sendo utilizado em psiquiatria há algumas décadas: o de que muitos dos transtornos, anteriormente considerados isolados, configuram, em verdade, um espectro, implicando pequenas variações quantitativas e modificações sem saltos qualitativos.

A esquizofrenia tem sido abordada a partir de diferentes abordagens e teorias. Embora muitas características nesta apresentação variaram, algumas outras permaneceram. Provavelmente as muitas e diferentes discussões e perguntas sobre como dar conta e em que campo localizá-la, permanecem atuais. A psicanálise poderia enriquecer a observação rigorosa e magistral dos psiquiatras clássicos, grandes semiólogos com uma descrição “sintomática”, quase imbatível da sintomatologia da esquizofrenia.

A contribuição das teorias psicanalíticas, especialmente as de Freud e Lacan, foram em busca dos mecanismos próprios, com uma perspectiva estrutural da/na subjetividade, logo, fornecendo leituras complementares àquelas proporcionadas pelo saber psiquiátrico.

Ademais, torna-se cada vez mais necessário a aproximação da psiquiatria e da psicologia e suas várias vertentes, pois, uma por si só, pode até ajudar momentaneamente, no entanto, com um trabalho realizado em conjunto, de maneira construtiva e ética, é sim possível, alcançar a estabilidade do sujeito, no caso deste estudo, o sujeito com a estrutura psicótica esquizofrênica.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BLEULER, Eugen. *Dementia praecox ou groupe des schizophrénies* Paris: Epel; Clichy: Grec. 1993.

DOSTOIÉVSKI, Fiódor. *Noites Brancas* São Paulo: Editora 34. 2009

FREUD, Sigmund. Neurosis y psicosis. In: Freud, Sigmund. *Obras completas*, v.19. Buenos Aires: Amorrortu. 1993.

LACAN, Jacques. *O seminário, livro 3: as psicoses*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1992

SCHREBER, Daniel Paul. *Memórias de um doente dos nervos* Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1995.

American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5* (5a ed.; M. I. C. Nascimento, Trad.). Porto Alegre, RS: Artmed.

FREUD, Sigmund, Neurose e Psicose 1924 in *Obras incompletas de Sigmund Freud Volume 5*, Belo Horizonte: Autêntica, 2021