

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO  
COORDENAÇÃO GERAL DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

**O CASO CLÍNICO DE ISADORA:  
A INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA NA PRIMEIRA  
CRISE PSICÓTICA**

AUTORA: GUIOMAR MARQUES GOUVEIA DE MELO  
ORIENTADOR: Dr. Prof. ZEFERINO ROCHA

RECIFE – PE  
2001

GUIOMAR MARQUES GOUVEIA DE MELO

**O CASO CLÍNICO DE ISADORA:  
A INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA NA PRIMEIRA CRISE  
PSICÓTICA**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Universidade Católica de Pernambuco como experiência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica, sob a orientação do Prof<sup>o</sup>. Dr Zeferino Rocha.

RECIFE –PE

2001

GUIOMAR MARQUES GOUVEIA DE MELO

**O CASO CLÍNICO DE ISADORA:  
A INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA NA PRIMEIRA  
CRISE PSICÓTICA**

BANCA EXAMINADORA

---

Prof<sup>a</sup> . Dra. ALBA GUERRA (UFPE)

---

Prof<sup>o</sup> . Dr. MARCUS TÚLIO CALDAS (UNICAP)

---

Prof<sup>o</sup> . Dr. ZEFERINO ROCHA (Orientador)

*“Todo ser humano peregrina através do desespero, do sofrimento e da angústia até encontrar a si mesmo. E, neste perder-se e encontrar-se vai delineando o sentido da própria vida” ( a autora).*

*Ao meu esposo Roberto*

*e aos meus filhos*

*Ana Cláudia e Júlio César.*

*Pelo amor e compreensão  
nos momentos em que me fiz ausente, e por  
terem permanecido ao meu lado  
durante o tempo desta conquista.*

## AGRADECIMENTOS

À Deus, cuja Luz ilumina a minha vida no caminho da sabedoria, do amor e da solidariedade.

Ao Prof<sup>o</sup>. Dr. Zeferino Rocha, o meu reconhecimento pela sua competência, e profissionalismo. Pelo seu inestimável apoio, dedicação e orientação com as suas críticas construtivas que iluminaram o meu pensar clínico durante todo o desenvolvimento deste estudo.

Aos meus pais, Jomar e Olga Marques pelo presente da vida e dos quais tenho muito orgulho, principalmente por terem transmitido uma educação apoiada em fortes princípios éticos.

Aos meus oito irmãos, pelas lembranças dos anos que nos ensinaram o sentido do amor fraterno e da convivência com as diferenças, numa grande família.

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Galba Takaki, Assessora de Pesquisa e Pós-graduação pelo incentivo à realização do Mestrado em Psicologia Clínica na UNICAP.

À Prof<sup>a</sup>. Dra. Cristina Brito Dias pela competência na coordenação das atividades do Mestrado, e, principalmente, pela sua disponibilidade e carinho com os quais presta assistência aos mestrandos.

Aos Professores Doutores, Mauro Amatuzzi, Luis Cláudio Figueiredo, Nilson Vieira Filho, Henriette Morato, Ana Lúcia Francisco, Maria Luisa Schmidt, Eliane Moraes, e a todos os docentes do Mestrado em Psicologia Clínica da UNICAP, pela competência e estímulo ao conhecimento, através dos desafios da pesquisa, contribuindo para o desenvolvimento científico e o reconhecimento da Psicologia Clínica, da Psicoterapia e da Psicanálise.

Ao Prof<sup>o</sup> Dr. Antônio Roberto Rocha pelas sugestões na fase inicial do projeto que levou à execução desta Dissertação.

À amiga Maria Teresa Padilha, pela amizade e encorajamento à realização deste trabalho.

À Prof<sup>a</sup> Ruby Jean Body, pelo seu trabalho de tradução do resumo para a língua inglesa.

Às colegas Ruth Bacelar, Maria Emília Lapa, Andréa Botelho, Maria Helena Correia e Inalda Oliveira, pelos momentos agradáveis durante os quais dividimos alegrias e angústias no percurso de nossas investigações.

A todos os demais colegas do Mestrado, pela troca de experiências profissionais que auxiliaram o desenvolvimento de nossos trabalhos.

Aos funcionários da Coordenação do Mestrado pelo apoio administrativo.

Aos Professores Doutores Manoel Berlinck, Marcus Túlio Caldas, Alba Guerra e Maria Cecília Ribas pelas sugestões e revisão final deste estudo.

À Direção, à Coordenação do curso de Psicologia, aos alunos e funcionários da Faculdade de Ciências Humanas de Olinda – FACHO, pela compreensão e incentivo à realização deste curso.

À equipe de profissionais e às instituições públicas que apoiaram a fundação e a execução do Projeto Núcleos de Reabilitação, beneficiando durante anos a reabilitação em comunidades carentes nas cidades de Recife e Olinda.

Aos fisioterapeutas Paulo Lins, José Bacelar, Anadélia Menezes, Ana Dutra, Ana Belo; às terapeutas ocupacionais Severina Eunice Andrade, Eugênia Freitas e Laís Teixeira; às psicólogas Izabel Ferraz, Hilda Freire, Maria Antonia, Edwagner e Marlene Maciel; à assistente social e advogada Suely Bravo e à

pedagoga Janita Costa, pioneiros e ex-profissionais dos Núcleos de Reabilitação pelo carinho, amizade e confiança no nosso trabalho.

Ao Instituto de Psiquiatria dos Servidores do Estado de Pernambuco; à Coordenação de Apoio a Grupos Especiais da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco e ao Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros, pela concessão do material clínico que permitiram a coleta de dados desta pesquisa.

Aos clientes da comunidade de Campina do Barreto que confiaram no trabalho dos Núcleos de Reabilitação, possibilitando o nosso enriquecimento profissional.

À Freud, *in memoriam*, pela criação da Psicanálise e de seus fundamentos teóricos, que tanto contribuíram para a compreensão do sujeito em situação de desamparo, possibilitando um tratamento mais humano para aqueles que padecem do sofrimento psíquico.

A todos os estudiosos que vêm contribuindo com suas investigações para a compreensão e o tratamento da doença mental.

À todos os que de algum modo participaram da execução desta pesquisa.

Aos meus clientes, que tanto me ensinaram, a gratidão por aceitarem o desafio da experiência psicoterapêutica e dela se aproveitaram plenamente.

Finalmente, o agradecimento especial à Isadora, cuja permissão em relatar sua história, possibilitou a consecução deste estudo teórico, nos aproximando de um maior entendimento sobre o sofrimento psíquico, particularmente em situação de crise.



## RESUMO

GOUVEIA DE MELO, G. M. **O Caso Clínico de Isadora: A Intervenção Psicológica na Primeira Crise Psicótica.** [The Isadora Clinical Case: Psychological Intervention at the First Psychotic Crisis]. Recife, 2001. Dissertação de Mestrado. Coordenação Geral de Pesquisa e Pós-Graduação. Universidade Católica de Pernambuco.

O objetivo de nossa pesquisa é demonstrar que a intervenção psicológica durante o desencadeamento da primeira crise psicótica, pode ajudar de modo muito significativo, o terapeuta no seu trabalho clínico.

O Estudo de Caso, objeto desta pesquisa, que chamamos de “O Caso Clínico de Isadora”, foi inspirado por nosso trabalho terapêutico com esta jovem paciente. Foi no decorrer deste trabalho que descobrimos a importância da intervenção psicológica, quando o paciente psicótico, desde a sua primeira crise, recebe, simultaneamente com o trabalho psiquiátrico, uma ajuda psicológica.

Utilizando a estratégia da intervenção psicológica desde a primeira crise psicótica, nós conseguimos minimizar os seus efeitos desastrosos sobre a personalidade da paciente.

A realização desta pesquisa só foi possível graças às narrativas que a paciente nos fez durante as sessões psicoterápicas, bem como graças a tudo o que ela própria escreveu sobre os seus sonhos e os seus delírios. Recolhemos os dados que nos pareceram mais importantes e, desse material clínico, tentamos fazer uma leitura psicanalítica, tendo como referência teórica a doutrina freudiana e os comentários de alguns discípulos de Lacan.

Nós esperamos que esta pesquisa possa mostrar de que modo o paciente psicótico, após a intervenção psicológica, torna-se menos resistente ao processo psicoterapêutico, que vai ajudá-lo a reconstruir seu mundo interior, em condições mais favoráveis, levando em consideração a melhora de seu sistema defensivo, de sua capacidade de relação com a realidade e também com as pessoas que formam seu mundo ambiente, com as quais tenta conviver.

**PALAVRAS-CHAVE:** intervenção psicológica, crise psicótica, forclusão, paranóia.

# ABSTRACT

GOUVEIA DE MELO, G. M. **The Isadora Clinical Case: Psychological Intervention at the First Psychotic Crisis.** [O Caso Clínico de Isadora: A Intervenção Psicológica na Primeira Crise Psicótica]. Recife, 2001. Master's Dissertation. General Coordination for Research and Post-Graduate Work. Catholic University of Pernambuco.

The objective of this research is to demonstrate that psychological intervention during the first psychotic crisis can significantly help the therapist in his clinical work.

The Case Study, object of this research, entitled "The Isadora Clinical Case", was inspired by our clinical psychotherapeutic work with a young patient. During this clinical psychotherapeutic process we discovered the importance of the psychological intervention, when the psychotic patient, in her first crisis, receives psychological help simultaneously with the psychiatric treatment.

Utilizing the strategy of the psychological intervention right from the first psychotic crisis, it was possible to minimize its desasterous effects on the patient's personality.

The implementation of this research was possible due to the patient narratives during psychotherapeutic sessions, as well from everything she wrote about her dreams and her delirius. We collected the data that seemed most important and, from this clinical material, we proceeded with a psychoanalytic reading, using as theoretical reference Freud's doctrine and the comments of some of Lacan's disciples.

We hope that this research will show how the psychotic patient, after psychological intervention, becomes less resistant to the psychotherapeutic process, which will help to rebuild his inner world, in more favorable conditions, having improved his defense system, his capacity to relate to reality, and also, with the persons that form his surrounding world that he tries to live with.

**KEY-WORDS:** psychological intervention, psychotic crisis, foreclosure, paranoia.

## RÉSUMÉ

GOUVEIA DE MELO, G.M. **Le Cas Clinique d'Isadora: L'Intervention Psychologique dans la Première Crise Psychotique.** [O Caso Clínico de Isadora: A Intervenção Psicológica na Primeira Crise Psicótica]. Recife. 2001. Dissertation de Maitrise Coordination Général de Recherche et Post-Graduation. Université Catholique de Pernambuco.

Le but de notre recherche vise démontrer que l'intervention psychologique, pendant le déclenchement de la première crise psychotique, peut aider, d'une manière significative, le thérapeute dans son travail clinique.

L'étude du cas, objet de cette recherche, que nous avons appelé: "Le Cas Clinique d'Isadora", a été inspiré par mon travail thérapeutique avec cette jeune patiente. C'est au cours de ce travail, que j'ai découvert l'importance remarquable de l'intervention psychologique, lorsque le patient psychotique, dès la première crise, reçoit, simultanément avec le travail psychiatrique, une aide psychologique.

En utilisant la stratégie de l'intervention psychologique dès la première crise psychotique, nous avons réussi à minimiser les effets catastrophiques de la crise sur la personnalité du patient.

La réalisation de cette recherche a seulement été possible grâce aux narrations que la patiente nous a fait pendant les séances psychothérapeutiques, mais aussi grâce à tout ce qu'elle a écrit sur ses rêves et ses délires. Nous avons recueilli les données que nous avons jugées les plus importantes et de ce matériel clinique nous avons essayé de faire une lecture psychanalytique, en ayant comme référence théorique la doctrine freudienne et les commentaires de quelques disciples de Lacan.

Nous espérons que notre recherche puisse montrer comment, après l'intervention psychologique, le patient psychotique devient moins résistant au procès psychothérapeutique, qui va l'aider à reconstituer son monde intérieur, dans des conditions plus favorables, compte tenu de l'amélioration de son système défensif, de sa capacité de relation avec la réalité, aussi bien qu'avec l'entourage avec laquelle il doit essayé de vivre.

**PAROLES-CLEF:** intervention psychologique, crise psychotique, forclusion, paranoïa.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
1.1. JUSTIFICATIVA .....	13
1.2. OBJETIVOS .....	17
1.3. METODOLOGIA .....	18
1.4. PLANO GERAL DO TRABALHO .....	19
<b>2. O CASO CLÍNICO DE ISADORA.....</b>	<b>21</b>
2.1. O CENÁRIO DO CASO: OS NÚCLEOS DE REABILITAÇÃO.....	22
2.2. DADOS HISTÓRICOS DE ISADORA .....	39
2.3. A DOENÇA DE ISADORA: DADOS CLÍNICOS .....	50
2.4. <i>INTERMEZZO</i> TEÓRICO .....	60
2.5. A INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA DURANTE A CRISE PSICÓTICA E O TRATAMENTO DE ISADORA .....	71
<b>3. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>90</b>
<b>4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>95</b>
<b>5. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA .....</b>	<b>98</b>

# 1. INTRODUÇÃO

*“Na loucura, o homem é separado de sua verdade e exilado na presença imediata de um ambiente em que ele mesmo se perde” (Foucault, 1991).*

## 1.1. JUSTIFICATIVA

Esta Dissertação foi inspirada na história de um caso clínico, no qual pudemos constatar a importância da intervenção psicológica durante o desencadeamento da primeira crise psicótica de uma de nossas clientes.

A tomada de consciência da importância da intervenção psicológica na primeira crise psicótica ocorreu em nossa experiência clínica, num Projeto denominado Núcleos de Reabilitação, que foi implantado em Centros Sociais Urbanos. Fundados em 1981, no Ano Internacional da Pessoa Portadora de Deficiência, através de convênio com o INPS, Secretaria de Educação, Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco e Prefeitura Municipal do Recife, os Núcleos de Reabilitação prestavam assistência em Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Psicologia. O serviço de Psicologia ampliou seu atendimento em função da procura de pessoas que não possuíam seqüelas físicas, mas precisavam de acompanhamento psicológico, inclusive aquelas com transtornos de personalidade mais graves, incluindo as psicoses. A história dos Núcleos de Reabilitação será relatada posteriormente. Um destes Núcleos foi o local de encontro com a paciente Isadora, cujo caso clínico será objeto desta Dissertação.

Pelo temor do internamento, e, em função do preconceito que a grande maioria da população tem em relação aos hospitais psiquiátricos, nas situações de emergência psiquiátrica, tanto a família como o próprio paciente se encaminhavam para o setor de psicologia do Núcleo de Reabilitação, a fim de receberem orientação, antes de recorrerem ao hospital. Compreendemos que a imagem carregada de temor e preconceito em relação ao hospital psiquiátrico é decorrente das marcas de uma história de horror e sofrimento, que se prolongou através de séculos, refletindo ainda hoje, o descaso das autoridades públicas com a questão da saúde mental. Alguns hospitais psiquiátricos mantêm um serviço de atendimento ultrapassado, e ainda utilizam métodos de tratamento que se assemelham àqueles utilizados nos finais do século XVIII e início do século XIX, não atendendo mais às necessidades da população. Por isso, a comunidade, busca outras alternativas para minimizar as conseqüências da doença mental daqueles a quem ama. De certa forma, nossa experiência clínica veio confirmar este fato, porque mesmo que a proposta do Núcleo de Reabilitação tenha sido voltada para a reabilitação física, aos poucos, foi inevitável ampliar o atendimento do serviço de psicologia nos quatro Núcleos, a nível preventivo e a reabilitação passou a ser compreendida também pelo seu caráter bio-psíquico-social.

Quanto à questão da intervenção, observamos que ao ser realizada no período crítico da doença, esta representou um apoio para o paciente, assegurando-o de que podia ser compreendido e nossa atuação ao procurar dar sentido ao seu discurso, tornava a sua experiência mais significativa. O trabalho terapêutico consistia em cooperar com o paciente quanto ao uso das medicações e certa consciência do que estava lhe acontecendo. Passado o período crítico, aos poucos, o paciente era levado a submeter-se à psicoterapia de orientação

psicanalítica em sessões semanais, com o objetivo de trabalhar e interpretar sua experiência, ampliando a compreensão a respeito do fenômeno psicótico sofrido.

Ao se evitar o internamento, o estigma da loucura era menor, e o paciente podia voltar a inserir-se mais rapidamente na sociedade, inclusive para retornar às atividades escolares e ao trabalho. Acreditando ser possível ajudar o paciente a encontrar o sentido da experiência vivida, propomos que a intervenção psicológica, seja realizada no período em que se inicia a primeira crise psicótica, para criar no paciente, condições de lidar com a doença e com o tratamento, em benefício de sua integração social de acordo com suas capacidades pessoais.

Se a intervenção psicológica, associada ao tratamento psiquiátrico, for realizada desde o início, poderá ajudar a reduzir o nível de angústia e evitar que o paciente se torne incapaz de lidar com sua atividade delirante, alterando definitivamente o contato com a realidade.

Acreditamos que, conforme vem sendo abordado pela psicanálise, a linguagem delirante do psicótico precisa ser decodificada. Revela produções riquíssimas, sendo necessário que se criem instrumentos para apreendê-la, desde o início da doença e não esperar que esta se instale e se torne crônica. Um destes instrumentos pode ser a “intervenção psicológica”, paralela à psiquiátrica, no momento da crise, sobretudo se for a primeira crise psicótica.

Por esse motivo, defendemos que acompanhar o paciente, nesta fase, pode facilitar a partir deste momento, a inseri-lo no processo de psicoterapia para que ele possa retomar o seu mundo interno em condições mais favoráveis. Porque, passado este período, as defesas psicóticas podem levá-lo a se afastar cada vez mais da realidade e sua comunicação com o mundo exterior se tornar mais difícil. O momento da crise é um momento crítico também para o terapeuta, porque tanto o paciente como os familiares estão confusos, sendo necessário cautela ao

estabelecer as diretrizes do atendimento, sobretudo quando há necessidade de internamento hospitalar.

A primeira crise é entendida, aqui, como um processo agudo de alterações no comportamento habitual do sujeito, acompanhado de extrema angústia e caracterizado, principalmente, pela presença de delírios e alucinações.

Definimos a intervenção psicológica, como a ação do psicoterapeuta junto ao paciente, procurando escutar o que ele quer comunicar no momento crítico da crise, para decodificar suas expressões e sua linguagem, no sentido de ajudá-lo a compreender e aliviar a sensação de estranheza de seu estado psíquico por ocasião da crise. Esta intervenção abre o caminho para que se possa iniciar a psicoterapia de orientação psicanalítica e através da transferência, estabelecer um canal de comunicação entre o real e o imaginário do paciente, a fim de facilitar o seu processo de (re)-construção psíquica.

Compreendemos o fenômeno da crise psicótica como um estado de desorganização das funções psíquicas, acompanhado de delírios e alucinações, desorientação espaço-temporal, perda do contato com a realidade, perda do sentido de identidade pessoal e da capacidade de atuar autonomamente.

Quanto à psicoterapia de orientação psicanalítica, adotaremos a perspectiva descrita por Cordioli (1989:49): como um método de tratamento para problemas de natureza emocional, que utiliza a relação entre terapeuta e paciente, juntamente com técnicas específicas como meio de modificar padrões patológicos de funcionamento.

Como tema de investigação, partimos da seguinte questão:

*Se, tomarmos a noção de estrutura psíquica como sendo um encadeamento de elementos distintos, articulados harmoniosamente e obedecendo a movimentos de ligação e substituição;*



*Se, concebemos o fato de que quando atendemos um paciente em situação de emergência, não temos certeza de um diagnóstico estrutural porque estamos diante da manifestação de sintomas;*

*Qual o sentido e a importância da intervenção psicológica junto a um paciente que, submetido a fortes exigências internas e externas, desencadeia pela primeira vez, uma crise com sintomas psicóticos?*

Para responder a este questionamento, estudamos o caso de Isadora, colhido em nossa experiência clínica, tendo o cuidado de utilizar os referenciais teóricos – da psicanálise freudiana e lacaniana – para nos ajudar a compreender os dados clínicos de nossa pesquisa.

## **1.2. OBJETIVOS**

Como objetivo geral propomos que a intervenção psicológica, diante de um fenômeno psicótico, desencadeado pela primeira vez, pode contribuir para dar condições, ao terapeuta de realizar seu trabalho clínico, e, ao paciente, de lidar com a doença e com o seu tratamento. Como objetivo específico, procuramos demonstrar através do estudo de caso<sup>1</sup>, que, após a intervenção, o terapeuta pode ajudar o paciente na (re)-construção de seu mundo interno, melhorando a sua capacidade de comunicação com os demais para facilitar a sua (re)-adaptação à realidade. Esta intervenção terapêutica pode ter diversas modalidades conforme os seus referenciais teóricos.

E, ainda, que o terapeuta tem condições de observar como o paciente, após a crise, delinea *novas* compensações (neuróticas ou psicóticas), assegurando-se de um diagnóstico estrutural a partir de dados econômicos profundos e não apenas superficiais (sintomas).

### 1.3. METODOLOGIA

Procuramos realizar uma pesquisa qualitativa do tipo investigatório em Psicologia Clínica com Estudo de Caso (Lüdke,1986), para apresentar o que denominamos “O Caso Clínico de Isadora”. Este caso foi baseado na história clínica de uma paciente, da qual retiramos recortes de sessões terapêuticas, que consideramos significativos, enfocando como a relação transferencial, durante a intervenção na crise psicótica, auxiliou o seu tratamento pela psicoterapia de orientação psicanalítica.

A paciente, cujo caso clínico é o objeto de nosso estudo, iniciou seu tratamento no Núcleo de Reabilitação – um projeto do serviço público da cidade do Recife-PE. Ela tem a idade de 34 anos e foi diagnosticada pelo serviço de psiquiatria como padecendo de Psicose não-especificada (298.9-C.I.D. 9), por ocasião da primeira e única crise em 1996, quando apresentava conteúdo delirante e alucinações auditivas do tipo paranóico, não havendo história anterior de surto psicótico.

Do ponto de vista psicológico, limitamo-nos a compreender a natureza do fenômeno psíquico vivido pela paciente na ocasião da crise, porque fechar um diagnóstico no momento de uma emergência nos pareceu algo muito delicado. A este respeito, voltaremos a falar posteriormente quando abordarmos o estudo do caso. Por ter sido atendida desde a primeira crise e responder favoravelmente à intervenção psicológica e psiquiátrica, sua doença está sob controle de medicação específica e psicoterapia de orientação psicanalítica.

---

<sup>1</sup> No Estudo de Caso, a história e os fragmentos das sessões se tecem numa rede de sentidos.

Os dados de pesquisa utilizados foram os prontuários da paciente dos serviços de psicologia e de psiquiatria dos ambulatorios, nos quais foi atendida, que continham a história clínica e a evolução de seu tratamento. Também retiramos de nosso arquivo confidencial manuscritos da paciente; registros de seus sonhos relatados nas sessões de psicoterapia; nossos registros de memória sobre a intervenção psicológica na crise e no tratamento da paciente; e, ainda, depoimentos colhidos através de entrevistas realizadas com a irmã, que acompanhou a paciente no período da crise, e que, eventualmente, nos consultou para receber orientação.

Procedemos realizando a leitura dos prontuários da paciente, que continham informações a respeito da história de vida, diagnóstico, tratamento e medicação utilizada; depoimentos da paciente a respeito do período da crise psicótica e da ajuda terapêutica que recebeu.

Analisamos os dados equacionando o problema para respondermos à questão proposta na pesquisa. Para isso, fizemos a leitura dos dados clínicos com atenção flutuante e atenção especial à transferência, contra-transferência e às defesas do ego da paciente. Selecionamos alguns temas significativos que foram retirados da leitura do caso para comentarmos teoricamente, utilizando como referenciais teóricos os fundamentos da psicopatologia e da psicanálise.

Finalmente, elaboramos as considerações finais, associando-as ao equacionamento do problema e à fundamentação teórica que serviram de referência para a análise e conclusão de nosso estudo.

#### **1.4. PLANO GERAL DO TRABALHO**

A Dissertação apresenta o estudo do “Caso Clínico de Isadora”. Inicialmente, apresentamos o Projeto Núcleos de Reabilitação como o lugar do encontro com

Isadora. Nesta parte do estudo relatamos a história de um trabalho pioneiro no campo da reabilitação de comunidades carentes, principalmente, no âmbito da psicoterapia, que serviu de base para a implantação de novos serviços no setor público. Em seguida, passamos à história de vida e aos dados clínicos da paciente, utilizando seus próprios relatos, com os quais construímos o Estudo do Caso. Neste ínterim, abrimos um espaço para as reflexões teóricas, motivadas pelos dados históricos e clínicos da paciente, ao qual denominamos *Intermezzo* Teórico. Nele, destacamos a questão do conceito psicanalítico de estrutura psíquica; o mecanismo de defesa da psicose; a metáfora paterna; o delírio paranóico e a relação sugerida por Freud, entre a homossexualidade e a paranóia. Finalizamos, apresentando as estratégias de intervenção que utilizamos na crise da paciente e o seu tratamento psicoterápico.

Concluimos a Dissertação tecendo considerações à respeito de nossa investigação e, em seguida apresentamos as referências bibliográficas e a bibliografia consultada dos livros e artigos de autores, que auxiliaram a compreensão da clínica psicanalítica da psicose.

## 2. O CASO CLÍNICO DE ISADORA

*“Havia em algum canto da mente, uma pessoa normal escondida, que aguardava o tumulto da doença passar, como um espectador desinteressado” (Freud).*

A análise deste estudo foi desenvolvida a partir do caso clínico de uma paciente, que aqui será designada com o nome de Isadora e oferece subsídios sugestivos para responder à questão fundamental da pesquisa:

*Qual o sentido e a importância da intervenção psicológica junto a um paciente que, submetido a fortes exigências internas e externas, desencadeou pela primeira vez, uma crise com sintomas psicóticos?*

Este Estudo de Caso realizou-se conforme as orientações dos autores Bogdan & Biklen (1994) e Lüdke (1986), à respeito da coleta, análise e interpretação dos dados. Na concepção destes autores, o estudo de caso, é um contar crítico de uma história que vai se delineando ao longo de seu desenvolvimento, na tentativa de compreender o sujeito deste estudo, de tal forma que, somente, no final da pesquisa é que se sabe o que se procurava.

Primeiramente, procuramos fazer uma descrição do lugar que serviu de cenário para a nossa experiência clínica, ou seja o Núcleo de Reabilitação no Centro Social Urbano – Prefeito Novaes Filho em Campina do Barreto, localizado na Cidade do Recife-PE. Em seguida, passamos ao estudo clínico do caso denominado Caso de Isadora, através da narrativa da história de uma relação terapêutica, na qual a cliente, foi vista não apenas como um documento, mas

sobretudo como um sujeito. Para proteger a identidade da paciente e dos co-autores de sua história de vida, utilizamos pseudônimos. O caso foi apresentado com subtítulos, que correspondem aos aspectos considerados relevantes, para facilitar a sua análise. Em seguida, passamos ao relato da estratégia da intervenção e dos fatos que consideramos significativos, durante o processo terapêutico de Isadora, fundado na psicoterapia de inspiração psicanalítica. O estudo do caso realizou-se segundo um olhar clínico com a leitura psicanalítica dos dados recolhidos.

Isadora foi submetida a um processo psicoterapêutico e não psicanalítico, este último exigindo formação e técnica específica. Não sendo esta a nossa proposta de trabalho, nos restringimos a utilizar os ensinamentos da psicanálise que auxiliaram na leitura da problemática da paciente, a fim de obter maior compreensão dos sintomas apresentados, da relação transferencial estabelecida e da influência de nossa contra-transferência durante o tratamento.

## **2.1. O CENÁRIO DO CASO: OS NÚCLEOS DE REABILITAÇÃO**

A ONU (Organização das Nações Unidas) decretou o ano de 1981, como o Ano Internacional das Pessoas Deficientes. Em Pernambuco, foi constituída uma Comissão Estadual para o Ano Internacional das Pessoas Deficientes, a qual se subdividiu em comissões. A Comissão Executiva do Tema Reabilitação criou vários Projetos, entre eles o Núcleo de Reabilitação Física nos Centros Sociais Urbanos. Este Projeto foi executado através de Convênio, tendo como eixo o INSS, o Governo de Pernambuco pelas Secretarias de Educação, Saúde e do Trabalho e Ação Social, e a Prefeitura da Cidade do Recife, pelas Secretarias de Ação Social e Saúde. A Coordenação dos trabalhos dos Núcleos, formada por

uma equipe de técnicos em reabilitação, ficou sob a responsabilidade do INSS. O Governo do Estado, através de suas Secretarias, se comprometeu com a estrutura, manutenção e contratação de pessoal dos Núcleos de Reabilitação dos C.S.U.s. (Centros Sociais Urbanos) de Rio Doce e Monteiro; e a Prefeitura da Cidade do Recife, através de suas Secretarias, comprometeu-se, do mesmo modo que o Governo do Estado, com os Núcleos de Reabilitação dos C.S.U.s. de Campina do Barreto e Tejipló.

O Projeto Núcleos de Reabilitação nos Centros Sociais Urbanos, de acordo com a cláusula primeira do Convênio (Governo do Estado de Pernambuco – Gabinete do Governador, 1987), foi criado “*para o atendimento (gratuito) à população de baixa renda, carente de assistência de reabilitação[...]*”. E tem, na cláusula terceira, o conceito de assistência em reabilitação como aquela que possui:

*“ [...] além da assistência médica e dos recursos terapêuticos (fisioterapia, psicologia e terapia ocupacional), os recursos psico-sócio-profissionais, utilizando-se a orientação técnica de psicólogos e assistentes sociais e o encaminhamento para readaptação profissional ou profissionalização em serviços mantidos por entidades públicas, ou outros, aproveitando os recursos oferecidos pela comunidade ”.*

O Convênio deveria ser renovado anualmente, mas a partir de 1988, o Governo do Estado determinou que ele entraria em vigor por tempo indeterminado (cláusula décima sexta do Convênio). Entre os vários projetos criados no Ano Internacional das Pessoas Portadoras de Deficiências, o Projeto Núcleos de Reabilitação foi o que se prolongou por mais tempo, mas foi extinto em 1995. Alguns Núcleos foram anexados aos serviços ambulatoriais do SUS (Serviço Único de Saúde).

Nosso trabalho foi desenvolvido no Centro Social Urbano Prefeito Novaes Filho em Campina do Barreto. Este Núcleo foi extinto em 1994, conforme foi

registrado no Relatório das Atividades Desenvolvidas pelo Programa “Núcleos de Reabilitação nos C.S.U.s” em 1994:

*“ Como aspecto negativo registra-se a desativação do Núcleo de Reabilitação do CS.U. de Campina do Barreto que teve suas atividades suspensas repentinamente, para a reforma do prédio do CS.U. que será transformado em unidade médica assistencial, segundo informações da Diretoria de Saúde da PCR (Prefeitura da Cidade do Recife). É válido ressaltar que, com a reforma do prédio, a comunidade terá um serviço de maior qualidade. No entanto, poderia ter sido providenciado pela Prefeitura do Recife, as instalações provisórias para o funcionamento do Núcleo, o que evitaria prejuízos para a comunidade de Campina do Barreto, que deixou de contar com a assistência da reabilitação do Núcleo que funcionava desde 1982”(Coordenação dos Núcleos de Reabilitação: Recife, abril de 1995) ”.*

O Núcleo de Reabilitação de Campina do Barreto foi transformado numa Policlínica para atendimentos ambulatoriais, emergenciais e de pequenos internamentos. Havia quatro Núcleos de Reabilitação (inicialmente Reabilitação Física), instalados nos C.S.U.s. (Centros Sociais Urbanos).

De acordo com o Convênio, eles foram fundados para atender às populações de baixa renda, visando à reabilitação, à assistência social e psicológica em caráter preventivo. No início, somente os fisioterapeutas e os terapeutas ocupacionais (funcionários do INSS), cedidos pelo Centro de Reabilitação, e as assistentes sociais (funcionárias da Prefeitura Municipal de Recife e Olinda) trabalhavam nos Núcleos. Por força do Convênio com a Secretaria de Educação do Estado de Pernambuco, quatro psicólogas ficaram à disposição dos Núcleos de Reabilitação e foram lotadas nos Centros Sociais Urbanos.

Enquanto experiência pioneira no serviço ambulatorial, incluindo a reabilitação em comunidades carentes, os Núcleos de Reabilitação abriram espaço para a extensão do atendimento em fisioterapia, terapia ocupacional e psicoterapia para uma parcela da população da Região Metropolitana do Recife-PE, porque foram instalados em locais estratégicos, nos quais, através de



pesquisa, verificou-se um alto índice de seqüelas físicas, decorrentes de doenças neurológicas e outras, entre as quais a poliomielite. Além da assistência, o Projeto tinha o objetivo de promover a integração psicofísica das pessoas portadoras de deficiência em tratamento e a descentralização da reabilitação, porque oferecia à comunidade carente, um serviço especializado e evitava despesas com transporte ou alimentação. Para as instituições mantenedoras tornava-se bastante viável, devido à repartição das obrigações e à natureza do material com que os Núcleos de Reabilitação eram equipados.

O trabalho executado pelos Núcleos de Reabilitação, através de seus diferentes setores, veio confirmar que aquelas comunidades comprovavam a falta de uma política organizada para administrar serviços de base, tais como educação, saúde e moradia, e, do ponto de vista psicológico, o povo estava mais doente do que se pensava. Os setores de fisioterapia e terapia ocupacional eram muito solicitados pelos pacientes, mas, ao longo do tempo, a procura ao serviço de psicoterapia ultrapassou as expectativas do Projeto, demonstrando que a população precisava de atendimento, que os ambulatórios dos hospitais não estavam em condições de oferecer.

Os setores de fisioterapia, terapia ocupacional e psicoterapia dos Núcleos recebiam pacientes com grande diversidade diagnóstica, tais como: afecções congênitas, da coluna, musculares, neurológicas de origem central ou de origem periférica, afecções ortopédicas, respiratórias, reumáticas, traumáticas dos membros, distúrbios afetivo-emocionais e distúrbios psico-motores. Os técnicos deveriam verificar a situação diagnóstica, avaliar, definir os objetivos do tratamento, o plano de trabalho, a orientação familiar, reavaliar, replanejar e observar as condições de alta dos pacientes. O setor de fisioterapia oferecia tratamento em termoterapia, crioterapia, cinesioterapia, eletroterapia,

massoterapia, manipulações e mecanoterapia. A terapia ocupacional promovia atividades psicomotoras, autoexpressivas, da vida diária e produtivas; e o setor de psicoterapia realizava atendimento psicológico para crianças (ludoterapia), psicoterapia para jovens e adultos e orientação familiar.

Nos primeiros anos, contamos com o apoio do serviço social, sob a responsabilidade de uma profissional contratada pela Prefeitura, que realizava as suas atividades para o Centro Social e para Núcleo. As pesquisas do Serviço Social muito contribuíram para o desenvolvimento das atividades dos Núcleos de Reabilitação. O contato com a comunidade foi feito inicialmente por este serviço. Os pacientes eram encaminhados também pelos setores médicos e odontológicos do Centro, mas, depois, os encaminhamentos provinham de outros serviços de saúde e escolas da região. Em muitos casos, a demanda era espontânea. Os pacientes, para serem atendidos nos setores de fisioterapia e terapia ocupacional, precisavam de um encaminhamento médico.

Os Núcleos foram implantados com o apoio de várias instituições públicas, por isso existiam entraves políticos, o que dificultava a liberação de verbas para o bom desempenho de suas atividades. Os problemas foram se agravando, em função do aumento da clientela e do descaso para a manutenção de um serviço de qualidade para a população.

A falta de apoio dos órgãos públicos, que criaram os Núcleos de Reabilitação, contribuiu para o enfraquecimento dos trabalhos desenvolvidos e, aos poucos, eles foram sendo extintos. Internamente, o serviço público estava vivendo uma verdadeira crise, devido à mudança das políticas públicas do país. Várias vezes, o trabalho precisou ser interrompido, por causa das greves do INSS, da Secretaria de Saúde, da Secretaria de Educação e da Prefeitura da Cidade do Recife. Fazíamos o que chamamos de “greve branca”, ou seja, não

deixávamos de comparecer ao trabalho e atendíamos somente os pacientes que não tinham condições de suportar uma paralisação do tratamento por tempo indeterminado. É evidente que, do ponto de vista geral, as greves causavam um grande prejuízo para o tratamento dos pacientes. Fatos como estes, além de uma variedade de problemas internos nos próprios Centros Sociais, tais como falta de água, quando o serviço de fisioterapia, terapia ocupacional, odontologia e medicina eram interrompidos e as precárias condições de higiene, além de desmotivarem os profissionais, levavam o serviço ao descrédito perante as comunidades. O relatório do período correspondente a abril e junho de 1987 do setor de psicologia revela a problemática :

*“ enfrentamos muitas dificuldades de ordem administrativa: além de uma série de variáveis, tais como barulho, jovens cheirando cola que entram nas salas onde ocorrem as atividades da área de saúde e sem nenhum respeito mexem nos objetos, provocam, ameaçam, deitam-se com o corpo sujo nos colchões da fisioterapia, alguns mais agressivos ameaçam técnicos e clientes. Neste período houve uma evasão maciça da comunidade, sobretudo das mães que trazem suas crianças para atendimento. [...] alguns profissionais pensaram em transferência para outro local a fim de trabalharem em paz”.*

Apesar das dificuldades, o número de pessoas que foram beneficiadas pelo Núcleos de Reabilitação foi bastante significativo. Pacientes deficientes que inicialmente eram levados em cadeira de rodas, após algum tempo de atendimento, chegavam andando, orgulhosos de suas conquistas, ao superarem as limitações da deficiência, apesar das seqüelas irreversíveis. Do ponto de vista psicológico, vários pacientes voltaram a retomar o seu destino, superando conflitos e assumindo uma atitude mais saudável diante da vida.

## **O SETOR DE PSICOLOGIA E O TRATAMENTO DE DOENTES MENTAIS**

Apresentamos nas linhas seguintes, o funcionamento do setor de psicologia do Núcleo de Reabilitação de Campina do Barreto, fazendo um resumo

de algumas passagens que consideramos importantes para a compreensão de nosso estudo, incluindo o encontro com pacientes psicóticos e a forma como foi realizada a intervenção psicológica.

O setor de psicologia do Núcleo de Reabilitação no qual atuamos, iniciou suas atividades em junho de 1982, por ocasião de nossa contratação. Por causa do sigilo, considerado o imperativo da ética profissional do psicólogo (artigo 21 - *Código de Ética Profissional dos Psicólogos do Brasil* – ano 1999), não podíamos atender no mesmo espaço em que funcionavam a Fisioterapia e a Terapia Ocupacional e por isso solicitamos outra sala.

Durante mais de um ano, ficamos improvisando um espaço para a realização do serviço psicológico. Neste ano, conseguimos atender dezenove pacientes, a maioria crianças com distúrbios escolares e alguns adultos encaminhados pela fisioterapia. Naquela ocasião, as instalações do Centro Social estavam em péssimas condições de funcionamento: havia rachaduras nas estruturas de concreto, de tal forma que, no inverno, todas as salas ficavam alagadas devido às infiltrações. O ambiente era molhado e úmido. A própria comunidade não preservava o patrimônio público ao subir nos telhados, quebrando as telhas e destruindo pias e bebedouros. Os banheiros funcionavam precariamente, as descargas dos sanitários não funcionavam, sendo preciso usar baldes de água para fazer a higiene. O sistema de abastecimento de água não atendia às necessidades, dificultando a manutenção de um serviço em condições adequadas de funcionamento.

Houve momentos em que pensamos desistir do Projeto, mas o senso de responsabilidade e solidariedade nos prendia àquele trabalho, motivados principalmente pela necessidade de atendimento daquela comunidade carente não apenas de reabilitação, mas principalmente de dignidade e cidadania. Não

havia uma política de base que orientasse aquelas pessoas quanto ao uso das instalações do Centro Social: as atividades dos finais de semana, como os jogos de futebol e as festas, contribuía para piorar as condições de higiene dos C.S.U.s, principalmente pela constante falta de água. Na região havia um índice elevado de violência e marginalidade, que foi piorando após alguns anos.

A partir de 1987 e início dos anos 90, aumentaram o uso e abuso de tóxicos, inclusive a cola, a maconha e o álcool, por parte de uma parcela significativa da comunidade. Muitas crianças e jovens passaram a ser vistos cheirando cola de sapateiro, alienados da carência afetiva, do abandono e da falta de perspectiva diante do futuro, o que dificultava qualquer atitude terapêutica para o abandono do vício. As escolas públicas da localidade, não atendiam mais às necessidades deles. Suas famílias eram constituídas por adultos abandonados pelo sistema social, desempregados e entregues a toda sorte de vício e promiscuidade. Havia um índice elevado de alcoolismo, estimulado pela ociosidade decorrente do desemprego.

No início, tivemos dificuldade de conciliar os ideais adquiridos na Universidade, com a realidade daquele mundo, totalmente avesso a tudo o que fora por nós estudado e vivido até então. Muitas vezes tivemos que controlar nossas emoções para não desistirmos.

A estrutura administrativa do Centro dificultava a manutenção de um serviço de qualidade para a comunidade. A implantação de outros projetos sociais da Prefeitura era, às vezes, totalmente incompatível, por exemplo, aulas de dança ou de capoeira ao lado da sala onde fazíamos nossa escuta clínica. Com a implantação do Núcleo de Reabilitação, aumentou a necessidade de se fazer algumas adaptações, para que todos os setores de saúde funcionassem, até porque depois de certo tempo, o serviço dos Núcleos foi reconhecido como

necessário à comunidade, sobretudo para os pacientes portadores de deficiências, os quais não precisavam mais usar meios de transporte coletivos para serem atendidos, devido à proximidade de suas residências. Assim, as atividades sociais passaram a ser realizadas no período da tarde, à noite e nos finais de semana.

O serviço de Psicologia teve quatro salas até se fixar definitivamente. A primeira era uma antiga sala de ballet, que também em algumas ocasiões era usada como auditório. Depois, passou para uma sala de uns três metros quadrados, sem janelas, muito quente, na qual funcionava um depósito. Reivindicamos uma sala maior e mais arejada. A terceira sala era enorme, na verdade uma sala de aula, onde antes se ministravam cursos (culinária e corte e costura) para a comunidade.

Quando o Centro Social passou por algumas reformas, melhoraram as condições de suas instalações: o Núcleo de Reabilitação, os setores médico e odontológico, ganharam espaço definitivo e ficaram localizados nas primeiras salas próximas à entrada do Centro Social. Havia uma sala para o médico, para o dentista, uma sala ampla onde funcionavam os setores de fisioterapia e terapia ocupacional e outra para o setor de psicologia.

Entre os anos de 1982 e 1994, do total de pacientes do Núcleo, seiscentas e setenta e seis pessoas (676 – 54%) beneficiaram-se do serviço de psicologia, das quais trezentos e onze (311 – 46%) eram crianças e jovens na faixa etária entre dois e treze anos, o que caracterizava o aspecto preventivo do trabalho. O demonstrativo a seguir, apresenta o número de paciente atendidos entre os anos de 1982 a 1994 no setor de psicologia do Núcleo de Reabilitação de Campina do Barreto:

**Setor de Psicologia - CSU Prefeito Novaes Filho**

<b>Ano</b>	<b>Pacientes</b>	<b>Acumulativo</b>
1982	19	19
1983	83	102
1984	91	193
1985	47	240
1986	66	306
1987	62	368
1988	25	393
1989	20	413
1990	55	468
1991	61	529
1992	48	577
1993	68	645
1994	31	676

Demonstrativo de atendimento psicológico: 1982 a 1994.  
Núcleo de Reabilitação Prefeito Novaes Filho - Campina do Barreto. Recife – PE.

Diariamente eram atendidos entre seis e oito pacientes, com um horário de trinta minutos por sessão terapêutica. A maioria, atendida uma vez semanalmente. Nos casos de emergência, incluíamos no máximo três sessões semanais. Alguns pacientes, em crise psicótica, foram atendidos diariamente, mas isso somente foi possível nos períodos em que ocorreu a diminuição da demanda de atendimentos. Para apresentarmos o número de pacientes que se beneficiaram deste atendimento, selecionamos os dados conforme o exposto na tabela seguinte.

**Pacientes com Transtornos Mentais Graves (20)**

Com história anterior de internamento	12
Atendidos na 1ª crise	8
Não precisaram de internamento	5
Precisaram de internamento	3

Demonstrativo de n.º de pacientes do setor de psicologia com transtorno mentais graves(3% - 676) - 1982 a 1984.

Da totalidade de pacientes atendidos pelo setor de psicologia (676–100%), vinte pacientes (3%) apresentaram transtornos mentais com sintomatologia psicótica. A faixa etária variou entre dezesseis e cinquenta anos, mas a maioria

estava na faixa dos vinte anos. Doze, entre os vinte pacientes, tiveram histórico de internamento psiquiátrico antes de ir para o Núcleo. Oito pacientes foram atendidos ao iniciarem a primeira crise psicótica e não possuíam história anterior de doença mental. Destes oito, cinco não precisaram de internamento hospitalar. Para os demais, devido à gravidade dos sintomas, o internamento foi inevitável.

A sala de psicologia tinha entre cinco e seis metros quadrados, quatro janelas e uma porta. Por ser muito quente, no verão usávamos um ventilador sucateado e cedido pela direção do Centro, pois não podíamos deixar as janelas abertas por questão de sigilo. Um espaço foi organizado para o atendimento de crianças, contendo mesa e cadeiras pequenas, prateleiras para vários brinquedos, que foram doados pelo LIONS<sup>2</sup>, tais como, bonecos de pano, casinha de bonecas com camas, armários, geladeira, fogão, mesinhas e cadeiras, conjunto de terraço, jogos de montar, quebra-cabeças, carrinhos, bola, espadas, revólveres, bacias para areia e água, brinquedos de água e de areia, papéis, lápis de cores, massa de modelar e barro para modelagem.

Em outro espaço havia mesa com três cadeiras, um arquivo confidencial com cadeado, contendo testes psicológicos e prontuários dos pacientes. Um recanto com cadeiras de vime, um tapete de ráfia, almofadas e quadros de paisagens nas paredes, foi montado para a realização de sessões de psicoterapia com adultos. A sala foi montada de maneira a se tornar um ambiente agradável para o paciente e para a psicoterapeuta que teria que passar seis horas atendendo. Procuramos criar um ambiente acolhedor e agradável, longe de todo o tumulto do mundo lá fora. A sala era mantida sempre muito limpa, apesar das dificuldades com a falta d'água. Observamos que a organização do ambiente ajudava as pessoas a se auto-educarem, ampliando o sentido de dignidade e



valor, como fatores de construção da cidadania. Acreditamos que o ambiente também faz parte do *setting* terapêutico e facilita as condições para que o paciente possa falar de seus conflitos e seja reconhecido como alguém que merece toda a consideração e respeito, como um hóspede que sem avisar chega em nossa casa, e que merece ser bem recebido.

Esta forma de acolhimento do terapeuta causava mudança de atitude naqueles cuja auto-estima estava tão baixa, que mal cuidavam da higiene corporal.

Foi neste ambiente de receptividade, que pacientes com transtornos graves na personalidade começaram a ser atendidos. E, utilizando a nossa atuação terapêutica e os recursos que a sala oferecia, cada paciente passou a comunicar à sua maneira, os conflitos inconscientes, desvendando os mistérios de seu mundo interior. Para abordamos a forma com que nos conduzíamos quando recebíamos um paciente em crise, fizemos uma narrativa, que está apresentada nas linhas seguintes, e que serviu de inspiração para o desenvolvimento de nossa pesquisa :

O primeiro procedimento visava esclarecer a família e o paciente, quanto à necessidade da avaliação psiquiátrica, para obtenção do diagnóstico e o planejamento do tratamento, bem como determinar se o paciente tinha condições de ser atendido no ambulatório, ou a domicílio, sem precisar ficar internado. Para que o paciente consultasse o psiquiatra quando se apresentava muito assustado, precisamos acompanhá-lo ao hospital, juntamente com o familiar responsável. Este procedimento serviu para incentivar o paciente a se tratar, aumentou a confiança no terapeuta e diminuiu a resistência à intervenção psicológica. Observamos que o acompanhamento do paciente no hospital servia também para

---

<sup>2</sup> Instituição filantrópica

estabelecer contato com o psiquiatra, solicitar esclarecimento e orientação quanto ao diagnóstico, tratamento, e, ao mesmo tempo, avaliar a necessidade, ou não, do internamento.

O atendimento psicológico juntamente com o tratamento psiquiátrico, desde a primeira crise, começou a apresentar resultados positivos. No período de maior excitação, o paciente consultava semanalmente o psiquiatra e submetia-se à psicoterapia três vezes por semana, podendo fazê-lo até diariamente, se houvesse necessidade e disponibilidade de horários. Quando a gravidade dos sintomas diminuía e o paciente apresentava-se mais consciente, as sessões psicológicas passavam a ser realizadas semanalmente, enquanto as consultas ao psiquiatra eram quinzenais, mensais e bimensais para controle da medicação. O internamento hospitalar foi evitado na maioria dos casos em que se usou este procedimento e se pôde contar com o apoio da família e do paciente. Ao longo de dois meses, os delírios e sintomas como desorientação e excitação psicomotora, regrediam. O paciente apresentava-se mais lúcido, consciente e respondendo favoravelmente à psicoterapia de orientação psicanalítica. A confiança desenvolvida pelo paciente no período da crise levava alguns pacientes a verbalizarem a vergonha que sentiam de seus atos durante o surto. As lembranças do fenômeno eram aterradoras ou bizarras, embora afirmassem ser impossível evitar o processo. Falavam também sobre a dificuldade para voltar a conviver com os familiares e vizinhos, como se estivessem marcados pelo estigma da loucura.

A intervenção psicológica, na primeira crise, facilitava o manejo do processo terapêutico, e a formulação do diagnóstico se delineava em função da estrutura psíquica do paciente. Naqueles casos em que ocorreram novos surtos, não houve necessidade de internamento.

A intervenção psicológica, no período crítico da doença, representou um apoio para o paciente, assegurando-o de que podia ser compreendido. Neste período de crise, quando ele estava confuso, desorientado e delirando, não se faziam interpretações. O trabalho terapêutico centralizava-se na cooperação que era dada ao doente, quanto ao uso das medicações e certa consciência do que estava lhe acontecendo.

O atendimento aos familiares era feito em caráter de apoio ao tratamento do paciente. Em função do surto, há uma quebra da homeostase familiar, alterando o lugar do sujeito no imaginário dos pais e de toda a família. Compreendemos que a família de pacientes psicóticos precisa de uma assistência maior, devido aos transtornos que ocorrem durante a crise e que abalam toda a estrutura familiar. Por não conseguir suportá-los, os familiares terminam por internar o paciente no hospital psiquiátrico, às vezes até desnecessariamente. Reconhecemos a necessidade deste apoio, mas não havia condições, no setor, de se manter um atendimento psicológico direcionado aos familiares, porque o número de pessoas que procuravam o serviço era muito grande. O que se podia fazer era basicamente orientar a família quanto à necessidade da manutenção do vínculo terapêutico por parte do paciente, mesmo quando este se apresentava sonolento devido à medicação no início do tratamento. Quando o paciente faltava à sessão, o familiar responsável podia ser atendido para falar de suas dificuldades em relação ao mesmo. O atendimento à família era realizado em função da necessidade de amenizar a ansiedade causada pelos transtornos da crise do paciente.

Nas sessões terapêuticas, o paciente passava a expressar sua atividade delirante, desenhando, pintando, falando, ou fazendo jogos com os bonecos de pano, representando as cenas de seu complexo mundo. A linguagem delirante

durante o processo, aos poucos ia adquirindo sentido. A compreensão deste mundo interno tornava-se mais clara para ambos - terapeuta e paciente. A retomada da realidade externa e certa consciência do delírio, proporcionavam um discurso mais coerente, no qual o paciente falava mais claramente do que viveu durante a crise.

No trabalho terapêutico, o paciente era abordado como uma pessoa que se apresentava profundamente assustada e confusa, sentindo-se estranha e amedrontada. Suas bizarras chamavam a atenção das pessoas, sobretudo dos familiares que o desconheciam, piorando ainda mais a sensação de estranheza. O estado de agitação psicomotora de alguns pacientes determinava a necessidade de que as sessões fossem realizadas fora do *setting* terapêutico, na área externa do ambulatório. Este procedimento, ao que tudo indica, reduzia a sensação de confinamento e esmagamento, que o ambiente fechado representava no período da crise. Com o tempo, o paciente era encaminhado ao setor e orientado quanto ao aspecto sigiloso do trabalho e à necessidade de um ambiente acolhedor para que ele se expressasse, livre da presença de estranhos. Ao se evitar o internamento, o estigma da doença era menor, e o paciente podia voltar a inserir-se mais rapidamente na sociedade, inclusive para retornar às atividades escolares e ao trabalho.

Nas linhas seguintes apresentamos os motivos que nos levaram a procurar evitar o internamento psiquiátrico de nossos pacientes.

Em 1972, durante as aulas práticas de psiquiatria alguns fatos influenciaram nosso ponto de vista. Estas aulas ocorreram em um dos hospitais públicos da cidade do Recife. O paciente era trazido à presença dos estudantes. Este procedimento é denominado de “apresentação do paciente”. Depois submetido a interrogatório para que identificássemos sua patologia, sem nenhum

compromisso de que mais tarde retornaríamos para prestar-lhe algum tipo de ajuda terapêutica.

Ao visitar uma ala masculina de pacientes crônicos, uma cena de horror nos surpreendeu: vimos numa Instituição que se dizia um hospital, uns homens abandonados ao descaso, em condições péssimas de higiene corporal, magros, desnudos, perambulando em um grande pátio vazio, onde alguns dormiam no chão. Naquele dia ensolarado, eles, anestesiados pelo sofrimento, não conseguiam ver a beleza do dia. Pareciam viver o caos do fim do mundo. Carentes de amor, de presença, de gente que pudesse fazê-los também sentir-se gente, nem se importavam com os espectadores. O espaço vazio do ambiente, expressava a vacuidade da existência daqueles homens abandonados, vivendo em condições subumanas, à espera da morte que já os visitara há muito tempo.

Quando passamos para a ala feminina, era hora do almoço e as mulheres, algumas completamente despidas, a higiene corporal precária (as lândeas desfilavam aos montes em seus cabelos desalinhados) alimentavam-se num grande refeitório. Comiam com as mãos ou com uma colher, não havia regras sociais e etiqueta à mesa; as mais agitadas tiravam alimento do prato daquelas que, em pleno catatonismo, pareciam não perceber que estavam com fome, nem porque estavam ali. Num grande corredor havia várias celas e ao olharmos para o interior de uma delas, exceto a paciente, não havia nada dentro: nem cama ou objeto de uso pessoal. Um buraco no chão servia de sanitário. Um cheiro fétido, que exalava de dentro, invadia as nossas narinas. Também vimos dois jovens, entre 16 e 17 anos, nus, que estavam de “castigo” numa cela escura, com uma pequena abertura gradeada e uma portinhola, a fim de ser aberta, quando fossem ser medicados e alimentados.

Desde o período estudantil, somos contrários a estas aulas de apresentação e ao internamento psiquiátrico que se baseia em técnicas de “tratamento” que levam o doente mental, a tornar-se um anônimo sem dignidade. As vivências daquele período determinaram nossa conduta clínica quanto ao tratamento de pacientes em situação de emergência psiquiátrica. Para evitar o internamento procurávamos fazer o possível, por isso preferíamos acompanhar o paciente em crise, juntamente com o familiar responsável, ao ambulatório do hospital psiquiátrico na esperança de que poderia retornar ao seu lar e submeter-se ao tratamento ambulatorial.

Na fase crítica da doença, ajudava apenas ouvir as bizarras do paciente, procurando dar-lhes sentido. Aos poucos ele ficava mais aliviado de seus temores, e a realidade interna passava a se tornar menos ameaçadora. Durante várias sessões escutávamos um discurso incoerente e procurávamos entender o que este representava para a vida psíquica do paciente. Como, de modo geral, ele estava incapacitado de lhe dar um significado, procurávamos fazê-lo por ele, (re)-apresentando e (re)-construindo a sua experiência psíquica, (re)-organizando, de algum modo, a desorganização interna pela qual passava naquela ocasião.

## **2.2. DADOS HISTÓRICOS DE ISADORA**

Isadora nos foi encaminhada pela psicóloga de outro Núcleo de Reabilitação em 1988. Esta psicóloga acreditava que os problemas da jovem eram decorrentes de conflitos inconscientes e seria benéfico se fosse submetida à psicoterapia de inspiração psicanalítica. Isadora não apresentava sinais de doença mental específica. Na ocasião queixava-se de depressão e dificuldades no relacionamento familiar com os irmãos e principalmente com a mãe. Sentia-se solitária. Parecia aborrecida e evasiva, respondendo com meias palavras ao que

perguntávamos, o que foi interpretado, na ocasião, como resistência para reiniciar o tratamento com outra terapeuta.

Depois de algum tempo de terapia informou-nos à respeito de seu trabalho e de sua família, mas o seu acompanhamento foi interrompido devido ao nosso afastamento para licença de maternidade. Isadora, entretanto, só retornou após um ano, em outubro de 1989 e ficou sendo atendida em sessões semanais até fevereiro de 1991. Neste período ela pôde rever a maneira como se conduzia com seus familiares: não falava com a mãe e não demonstrava interesse em fazê-lo, achava que os familiares a invejavam, porque ela tinha uma condição financeira melhor, pois além de ensinar na escola do município, tinha uma pequena loja de conveniência. Não ajudava os familiares financeiramente. A atitude de indiferença e descaso de todos pelo seu “egoísmo”, ela interpretava como inveja.

Isadora envergonhava-se da família, principalmente quando os irmãos se alcoolizavam e davam vexame. Achava que a mãe não gostava dela, porque não deixava seu jantar, quando ela voltava da Faculdade à noite. A mãe tinha um costume que a deixava muito contrariada: guardava inhame debaixo da cama da paciente para enraizar, fato que considerava uma provocação, porque seu quarto “*parecia um quintal cheio de arbustos*”. Achava que todos em sua casa deveriam servi-la. Na escola em que lecionava não se relacionava bem com os professores e alunos. Costumava “persegui-los”, “marcava” alunos, sendo severa e autoritária. Neste período começou a falar de sua atração por alunas e de seu investimento para atrair-lhes a atenção. Quando não era correspondida, tornava-se severa e punitiva.

As intervenções terapêuticas realizadas, naquela ocasião, permitiram que Isadora pudesse tomar consciência de suas atitudes para com os familiares e alunos. Em finais de dezembro de 1991 - período de férias terapêuticas - Isadora

preparava-se para morar sozinha, porque não suportava conviver com os familiares; faziam muito barulho e ela não conseguia ler e preparar suas atividades do colégio. A loja não ia bem. O salário da escola mal dava para cobrir suas despesas. Ela deveria retornar em fevereiro de 1992 e não o fez.

## **A FAMÍLIA**

Natural do agreste pernambucano, Isadora nasceu em 1966, de parto normal, sendo a vigésima filha de uma prole de vinte e três filhos. Desses apenas oito estão vivos. Os óbitos ocorreram na primeira infância e foram devidos à disenteria (seis), coqueluche (cinco), um aborto e um de febre inespecífica.

O pai era agricultor, homem rude e grosseiro com a mãe da paciente, motivo que levou à separação do casal. Eles viviam na mesma casa, mas não se falavam e dormiam em quartos separados. Faleceu em 1995, aos 78 anos, vítima de complicações cardiovasculares decorrente de *diabetis*, após um período de internação que durou três meses, num hospital público de Recife, tendo Isadora como a sua acompanhante até o momento de sua morte. A mãe não foi visitá-lo nem uma única vez no hospital. O pai chamava pelos filhos e pela mulher quando delirava febril, mas apenas a paciente e algumas vezes Beatriz, a irmã de 57 anos, estavam com ele.

A mãe de Isadora é uma senhora de 76 anos, cuida do lar e convive com alguns filhos e netos. Bebeu muito na juventude e atualmente fuma demais. Há vários casos de doença mental e alcoolismo na família, inclusive entre as mulheres. Isadora fazia uso de bebida alcoólica, mas atualmente não pode fazê-lo, em função da medicação controlada que vem utilizando depois que adoeceu.

A paciente tem problemas de relacionamento com a mãe e somente após a morte do pai voltou a falar com ela. Os sentimentos ambivalentes em relação à mãe confundem Isadora: ora a descreve como pessoa muito simples e bondosa,



extremamente reservada e dedicada às tarefas domésticas; ora como implicante e encrenqueira, principalmente com o pai. Isadora recorda-se com mágoa da mãe que não esteve presente, por ocasião de sua primeira comunhão. Uma amiga a substituiu. O mesmo aconteceu em sua formatura. O pai não compareceu “*porque estava muito velho*”. A mãe não é muito sociável, prefere cuidar de seus afazeres domésticos e assistir televisão até altas horas da madrugada:

*“ Minha mãe conversa com as pessoas da televisão. Fica assistindo e respondendo como se tivesse falando com as pessoas que estão lá dentro. Às vezes eu tenho muita pena dela, principalmente quando a vejo dormindo. Fico pensando como é que eu fui passar oito anos sem falar com minha mãe. E nem me lembro direito porque foi. Parece que porque ela me mandava arrumar namorado e eu não gostava de homem”.*

Os dados sobre a vida de Isadora, inclusive a trajetória de sua doença e de seu tratamento foram selecionados de modo que não prejudicassem a riqueza de seu material clínico, por isso tivemos o cuidado de transcrever textualmente a maioria de seus relatos e os organizamos segundo as etapas de seu desenvolvimento. Esperamos ser fiel ao conteúdo de nossa pesquisa, reconhecendo que o olhar e a leitura de um material clínico podem ter várias nuances, dependendo da intenção e do modo como realizamos a sua investigação e retiramos dele nossas conclusões.

## **A INFÂNCIA**

Freud (1905) foi um dos primeiros autores a tratar da importância da infância para a vida do sujeito e para o desenvolvimento da personalidade. No seu artigo “*Sobre o Narcisismo*” (1914), assinalou que as pessoas, com as quais a criança se apega, ocupam uma posição central em sua vida psíquica.

Estas primeiras ligações influenciam o curso do desenvolvimento posterior, principalmente, em consequência do desamparo da criança, por ser esta

relativamente indefesa. No estágio inicial da vida, o sujeito não percebe os objetos com tais, e, apenas, gradativamente, ao longo dos primeiros meses, vai aprendendo a distinguir-se deles. As relações de objeto, no início da infância, desempenham um papel de suma importância para o ego, principalmente, porque ele é, em parte, o precipitador dessas relações. Por isso, as relações inadequadas com os objetos, podem desde o início da vida, contribuir para as graves dificuldades psicológicas.

A infância da paciente parece ter transcorrido normalmente. Os primeiros relatos de Isadora sobre este período são apresentados em sua narrativa:

*Quando eu era criança fui muito mimada. As pessoas me paporicavam, me enchiavam de mimos. Eu costumava brincar sozinha com minhas bonecas. Passava horas a fio me deliciando com minhas bonecas. Toda vida gostei de brincar de bonecas. Ia para a escola com meu irmão Francisco (32 anos) no carro de boi. Toda manhã ficávamos esperando o carro passar prá gente ir para a escola. As aulas eram ótimas. Estudávamos em um pequeno grupo escolar. Minha professora era uma pessoa muito legal, bacana com a gente. Fazia longos passeios pelos campos, pelas fazendas, pelos sítios. Fazia festa prá gente. Eu adorava tudo o que ela fazia. Eu adorava de verdade as brincadeiras que ela fazia. Passei quatro anos estudando neste grupo. Depois fui para uma escola estadual fazer a 4ª série. Nesta época eu já estudava na rua (no centro da cidade), porque antes eu estudava num vilarejo.*

*Com onze anos fui fazer a 5ª série no colégio municipal da minha cidade, ali estudei até a 8ª série. Foi um tempo muito bacana, em que a minha cabeça estava cheia de fantasia. Sonhava o tempo todo acordada. Era uma aluna exemplar: uniforme sempre asseado, cabelos sempre bem penteados, as notas sempre lá em cima. Era a melhor aluna da turma!*

Desde criança Isadora procurava a atenção e a aprovação dos adultos. Entendemos que esta pode ter sido a maneira que ela encontrou para ser percebida entre tantos irmãos pela mãe, projetando seu desejo para a professora

(mãe substituta) em relação às outras crianças, representantes dos irmãos na escola, sendo uma aluna “exemplar”.

## A PUBERDADE

Nos relatos de Isadora deste período, ela nos fala sobre as suas primeiras atrações de natureza homossexual e dos problemas que enfrentou:

*[...] Mas eu tinha problemas, porque eu me apaixonei por minha professora de língua estrangeira. Ficava preparando presentes para ela, poesias, lembrancinhas, comidas. Ela ficou com raiva de mim, porque ela estava noiva e o noivo dela disse que não estava gostando nada disso.*

*Eu fiquei muito tempo fascinada por essa mulher. Nesta época eu tinha 12 a 13 anos de idade. Eu sofria muito porque não estava sabendo lidar com minha afetividade. Um certo dia minha irmã Beatriz soube de tudo e foi conversar com ela. Felizmente, elas se acertaram e eu parei de preparar presentes, porque minha irmã reclamou comigo e as amigas começaram a pegar “no meu pé”. Uma delas me fez compreender que eu estava errada. Segui os conselhos dela e nunca mais escrevi para a professora.*

Censurada pela irmã e criticada pelas amigas, recalca seus desejo, mas este retorna aos 14 anos, quando ela começa a apaixonar-se pelas amigas com uma atitude platônica acompanhada de “ações fetichistas”:

*Por todas eu tinha uma paixão desenfreada. Fiquei realmente apaixonada por todas elas. É evidente que nenhuma me correspondeu. Cheguei a fazer álbuns com os pertences delas. Eu beijava tudo o que eu podia recolher delas: fio de cabelo, bilhetes, objetos de uso pessoal.*

*Com C., o relacionamento foi difícil, porque eu mandava cartas para ela falando sobre minha depressão, sobre o meu desejo de não gostar de sair de casa e a culpava porque dizia que ela não estava me dando atenção suficiente. Ela passou um bom tempo conversando comigo sobre tudo da vida [...]. Depois ela se cansou e se distanciou. Já com E., ela me tratava com gentileza, mas mantinha uma certa frieza no olhar. Consegui pouco progresso sentimental com esta, pois esta era muito dinâmica,*

*enérgica, muito racional. Conseguiu me escantear. Inclusive teve um dia que eu fui para a cidade onde eu estudava e no ônibus escolar as meninas ficavam caçoando de mim por causa de E.*

*Com N. tudo foi difícil. Ela lia todos os bilhetes que eu mandava para ela. No final da leitura de todos eles ela me despachou dizendo que “eu fosse procurar um macho para tirar o meu queijo”. Perdi também esta. O tempo no ginásio foi legal, tirando o aspecto afetivo, pois nele tive muitos problemas. Chorava muito porque nunca consegui me apaixonar por nenhum rapazinho da minha idade. Na faixa de 11 a 14 anos nunca consegui arrumar um namorado, embora tivesse muitos colegas de classe, mas nenhum que se diga que é “supimpa”, bacana mesmo!*

É evidente, que na puberdade, a necessidade de companheirismo para dividir os conflitos que acompanham as mudanças corporais e a necessidade de independência, de autonomia, reforçam tendências de natureza homossexual, que certamente serão marcantes para o desenvolvimento sexual adulto. Isadora, era cobrada pela mãe para responder a uma Demanda de apaixonar-se por rapazes, como a maioria das mocinhas de sua idade, mas à qual, ela não conseguia responder, porque apaixonava-se pelas amigas. Paralelamente, numa fase que ela deveria mostrar-se atraente, para conquistar rapazes, sentia-se complexada e envergonhada, porque precisou arrancar os dentes :

*[...] Com doze anos de idade eu havia arrancado alguns dentes do lado superior da minha boca. Estava banguela. Passei um bom tempo sem prótese dentária. Ficava com vergonha de falar, de abrir a boca. Depois, com 14 anos coloquei a prótese. Fiquei também com vergonha porque minha boca estava murcha, apesar da colocação da prótese. Não consegui me restabelecer do trauma de ter arrancado os meus dentes da frente. Fiquei sempre com a sensação de “boca vazia, boca murcha”.*

## **A ADOLESCÊNCIA**

*Com quinze anos de idade fui estudar em outra cidade. Lá eu fiz um curso técnico [...]. Consegui me formar com 17 anos de idade. Naquela*

*cidade foi uma época gostosa da minha vida. Diverti-me prá valer [...]. Também consegui fazer muitos amigos por lá. Participava de peças teatrais, declamação de poemas, grêmios estudantis, gincanas e muitas outras coisas. Tinha um grande amigo, que era o vigia da escola, hoje já falecido. Ele era meu amigão.*

*Minha mãe sempre assistia às festas estudantis. Ela gostava e se divertia prá valer, de verdade.*

*Com 18 anos eu ingressei na Faculdade, onde fiz o curso de letras, durante quatro anos. Foi uma época deliciosa da minha vida, onde também ingressei no Colégio [...] agora não mais como aluna, mas como professora. Trabalhava e estudava ao mesmo tempo. Fechei um período para arejar minha cabeça, desopilar minhas idéias.*

## **VIDA ADULTA**

O relacionamento com a mãe nos anos da Faculdade tornou-se mais difícil, e esta dificuldade estendeu-se às outras pessoas, a ponto de afastar-se um período dos estudos.

*Na época da Faculdade tive brigas terríveis com minha mãe. Cheguei a ficar intrigada dela, inclusive ela não participou da minha colação de grau. Fomos eu e meu irmão (54 anos), juntamente com o meu paraninfo à formatura. Não fiz festa nenhuma, porque estava brigada com a maioria das pessoas de minha casa. (Ela não se refere à ausência do pai na formatura).*

*Em toda vida fui uma pessoa de difícil convivência, de temperamento muito difícil...(este dado contrasta com o que Isadora vinha dizendo anteriormente a seu respeito. Aqui parece mais consciente de suas dificuldades de relacionamento). Na minha casa só teve festa na minha formatura de 2º grau, porque minha irmã Beatriz fez. Ganhei muitos presentes. Fiquei feliz. Minha irmã Beatriz é muito boa prá mim. Sempre me paparicou.*

Durante a terapia ela vai retratar a irmã de maneira diferente enfatizando a rivalidade fraterna de ambas. Ela consegue verbalizar que não gosta da irmã

acrescentando: “*ela é falsa, repara a vida das pessoas, é interesseira*”. À respeito de seu trabalho Isadora escreve que:

*Sempre adorei ensinar. Sempre gostei de mostrar a minha voz para os outros, de mostrar as minhas potencialidades para as outras pessoas. Tinha meus alunos como filhos meus, como animaizinhos de estimação. Tinha uma verdadeira paixão pelos meus alunos. Só que passei épocas difíceis com eles, porque não os compreendia perfeitamente.*

*Eu pensava que ensinar era somente ditar regras, estabelecer normas, seguir padrões, mas como eu estava enganada! Por isso entrei em choque com eles. Houve um alto índice de reprovação nos primeiros anos de minha carreira profissional. Depois eles organizaram abaixo-assinado, passeata, com o objetivo de me tirar da sala de aula. Mas não deu em nada, porque as autoridades tomaram providências enérgicas. Depois eu me conscientizei e comecei a mudar. Tornei-me uma professora mais flexível, mais maleável, mais consciente. Nessa época usei aparelho nos meus dentes, mais ou menos com 20 anos de idade. Época também que me reencontrei com Dra. P., psicóloga amiga de muitos anos (a psicóloga que nos encaminhou Isadora).*

*Passei todo o período da Faculdade com depressão, mas eu lutava contra ela. Tive longas noites de insônia, de ansiedade. Acho que este quadro sintomático se agravou mais pelo fato de ficar intrigada da minha mãe. Com referência à religião, sempre procurei me omitir. Tinha um relacionamento com Deus um pouco distante, mas nunca deixei de rezar o Pai-Nosso e a Ave-Maria.*

Por ocasião da doença, Isadora retoma à questão de sua fé e de sua religião – de católica passou a ser protestante. Em seguida, participou de cultos afro: no período mais crítico da crise, seus delírios mesclavam-se com as lembranças das cenas que teria participado em sessões de candomblé. Depois, voltou-se para o espiritismo, e novamente para o protestantismo. Porém, ainda muito indecisa. O pastor da Igreja a aconselhou a procurar tratamento na ocasião

em que estava em crise. No ano passado, em 1999, este pastor, para “ajudá-la a decidir-se”, pediu que ela se afastasse por um período de seis meses da Igreja.

Em janeiro do ano 2000, ela optou pela Igreja Católica Carismática, pediu para ser “filha de Maria” e está fazendo um trabalho numa emissora no qual lê mensagens e depoimentos de graças alcançadas. Ela nos informa que o programa está sendo bem aceito e elogiado na cidade. Mas, sente-se triste, porque ninguém de sua família, parou uma só vez para ver o seu programa. Ela nos justifica que é porque eles têm inveja dela.

Para finalizarmos, vejamos o que Isadora revela a respeito de si:

*Sempre fui uma pessoa insegura, não tenho muita certeza dos meus reais sentimentos para com os outros e para comigo mesma. Sempre fui muito inconstante nos meus relacionamentos.*

*Nunca me entreguei totalmente à intensidade de sentimentos, ficando com o pé atrás diante de tudo e de todos. Acho que até hoje sou assim insegura e inconstante. Por causa dos problemas com os meus dentes sempre fui muito complexada. Mas quando mocinha nova, eu era bem feita, pernas grossas, cintura fina, pele rosada. Nunca arrumava namorado para fazer raiva à minha mãe, que desejava que eu arrumasse um namorado de todo jeito. Toda vida quis contrariar os desejos da minha mãe.*

*Engraçado é que eu queria namorar, mas fugia dos rapazes como o diabo foge da cruz.*

*Costumava ter uns períodos de tristeza, de melancolia, de bucolismo excessivos. Procurava sair pouco de casa, entregando-me à leitura de livros, à televisão, às músicas de cantores de minha preferência. Refugiava-me em casa, longe de olhares curiosos, de bocas faladeiras. Costumava ficar parada, observando tudo e todos, com o olhar perdido no tempo e no espaço, perplexa, distante. Eu sempre fui uma pessoa um pouco estranha.*

*Após o término do meu curso de Letras comecei a estudar com afinco. Antes eu ficava dividida entre o curso e o Colégio. Agora fiquei livre, só com o colégio para me dedicar.*

Isadora também nos revela que fugia da realidade pela prática exagerada do onanismo. Numa fase de incertezas relativas à identidade sexual, ela não conseguia falar de seus desejos, sentia-se observada, temendo que descobrissem suas dificuldades.

Nos anos que antecederam a sua doença, achava-se cada vez mais vigiada e perseguida: acreditava que “falavam dela”, por isso evitava as pessoas, os vizinhos, os amigos, não confiava mais em ninguém e recolhia-se à solidão de sua casa.

## **ATIVIDADES E INTERESSES**

Isadora nos escreve sobre alguns de seus interesses além de ler e de estudar.

*[...] Antes de tudo se passar comigo [...], adorava cuidar das minhas plantas, mexer com a terra, sentir o perfume das flores do meu jardim. Sempre fui uma pessoa muito trabalhadeira, muito ativa, conversa cheia, cheia de vontade de viver.*

*Adorava criança, principalmente de menina, quando desfolhava um sorriso radiante, festivo. Sempre as crianças gostaram muito de mim, porque tenho um modo todo especial de tratá-las.*

*Tenho uma verdadeira fascinação por Deus, meu Criador, meu Pai Supremo, minha rocha firme e inabalável.*

*Colocava meus hinos no último volume do gravador para que pudesse me deliciar com maior intensidade. Também colocava músicas românticas e portuguesas, precisamente de Fado.*

*É engraçado como eu me sinto bem com música: fico mais calma, serena, receptiva. Isadora revelou também o seu interesse pelo comércio: “É impressionante como eu sei vender. Sou capaz de fazer qualquer tipo de propaganda para fazer com que o cliente compre”.*



## 2.3. A DOENÇA DE ISADORA: DADOS CLÍNICOS

### A PRIMEIRA CRISE

Em janeiro de 1996 recebemos um telefonema de Beatriz. Estava bastante ansiosa e nos informou que Isadora estava muito doente: apresentava atitudes estranhas, estava esquisita, falando coisas desconexas, deprimida, não conseguia dormir e ameaçava suicidar-se, tomando toda a caixa de remédio<sup>3</sup> que o psiquiatra havia prescrito. Devido à distância e ao horário marcamos uma consulta para a manhã seguinte. Orientamos a irmã para que ficasse de vigília, a fim de evitar riscos de vida à paciente. Se, não houvesse como fazê-lo que a encaminhasse ao hospital.

Os sintomas descritos assemelhavam-se a um surto psicótico, e tornava-se difícil prevermos se haveria condição de evitar o internamento psiquiátrico.

Felizmente, no horário marcado, Isadora chegou acompanhada de Beatriz, que, apressadamente, sem que ela visse, entregou-nos um bilhete:

*Desculpe a caligrafia. Fiz na viagem escondido dela. Tudo o que eu falei no telefone é verdade. Ouve coisas...; tentou suicídio (cair no poço, comprimidos, faca e tomada elétrica); sem dormir; diz que vai pedir uma declaração ao médico (psiquiatra dela) constando que não é louca para mostrar ao povo da cidade. Manda chamar nossos vizinhos para perguntar porque estão falando dela. Diante do médico, muitas vezes aparenta que não tem nada. O sonho dela é casar para mostrar ao povo que não é “aquilo” que lhe falei...; demonstra muito trauma e angústia.*

*Nota: É professora do 2º grau. No momento trabalha em outro setor do Colégio. Está afastada, por não ter condições de ensinar. Tem um conhecimento muito grande sobre qualquer assunto, principalmente na área de ensino dela. É elogiada por todos. Mas, cria muito atrito no trabalho*

---

<sup>3</sup> Lexotan (Bromazepan) – Roche Quim. e Farm. S.A.

*porque diz que estão falando dela. Tem todo apoio nosso. Não queria vir porque disse que a família quer interná-la no hospício. E tem muito medo de louco.*

Surpreendeu-nos o encontro com Isadora naquela manhã: estava com um vestido branco, transparente, muito gorda e com uma atitude altamente infantilizada e dependente da irmã. Demonstrou alegria ao nos ver e suplicava para que não a internássemos. Confusa, sentia-se perseguida e assustada, achando que iria ser internada, porque interpretou que as grades das janelas da maternidade que ficavam na frente do ambulatório, onde atendíamos, eram grades das janelas de um hospital psiquiátrico. Nesta ocasião havíamos sido transferidos para outro ambulatório, porque o Núcleo de Reabilitação havia sido fechado para reforma, como foi narrado. Isadora esperava nos encontrar naquele Núcleo, no qual foi atendida anteriormente, e por não poder reconhecer o local, pensou que era um hospital. Em função do estigma que acompanha a instituição psiquiátrica, alguns pacientes ficam muito assustados pela possibilidade do internamento.

Como primeira estratégia de intervenção, começamos a passear pelos arredores do local para assegurar-lhe de que ela não se encontrava em um hospital psiquiátrico, e que as janelas eram de uma maternidade. Passamos algum tempo caminhando com a paciente, e quando percebemos que ela estava mais tranqüila, a convidamos para ir até à sala na qual pudéssemos atendê-la, sem a presença de estranhos.

Apresentamos a sala: era bem menor que aquela do Núcleo, tinha prateleiras com brinquedos, um arquivo confidencial, mesinha e cadeiras para crianças, uma mesa e duas cadeiras para realização de entrevistas, um relógio grande de parede e ar condicionado. O ambulatório funcionava também como

clínica-escola para alunos de uma faculdade estadual. Pedimos que Isadora nos colocasse a par do que estava lhe ocorrendo.

### **O DELÍRIO**

Isadora falou de sua “depressão”: estava apavorada pela visão de um demônio que antecipava a sua morte, ouvia vozes que lhe diziam coisas feias - não podia nos dizer porque eram palavrões horríveis sobre ela, “*dava até vergonha de falar*”, ouvia os vizinhos, acusando-a. Forçava a mãe a pedir-lhes satisfação. Estava confusa quanto à realidade e com idéias de onipotência, achando-se capaz de mandar na chuva. O demônio lhe falava no espelho: - “*Isadora, você tem que morrer...*”.

*Eu fico ouvindo vozes dentro de mim. Ninguém sabe do inferno que está aqui dentro. Escuto barulho de motos, carros, pessoas me xingando, com vozes diferentes, mas sempre dizendo: “Sapatão safada, você não presta, deve morrer...”. Tenho vontade de tirar a minha vida para isso parar.*

Isadora relatou sua experiência como se estivesse observando silenciosamente o seu desespero, a sua condenação. Aparentemente passiva, como se estivesse à mercê das acusações de seu demônio interior. Tivemos a impressão de que mantinha certo controle da situação, apegando-se à realidade para não perder completamente o juízo.

De acordo com Sterian (2000), o paciente em crise modifica a sua percepção da realidade e regride diante da frustração de algo pelo qual não consegue lidar. Este sofrimento faz com que o sujeito volte toda a sua atenção para si mesmo. O que em termos freudianos é denominado retração da libido: o sujeito retorna a uma forma primitiva de funcionamento, no qual não consegue

distinguir o mundo externo do interno, e funciona segundo o princípio do prazer para eliminar tudo aquilo que lhe causa tensão e desconforto.

Acreditamos que, numa situação de emergência, uma pronta intervenção previne uma piora, abrindo a possibilidade para um trabalho psicoterapêutico. Em função do que nos foi dito, procuramos dar algum sentido a tudo que ouvimos da paciente, dizendo-lhe o seguinte:

- O que você está me dizendo está na sua imaginação, mas é como se fosse real. Mesmo que você perceba que não é real para todo mundo, é real para você, fazendo-a sofrer, principalmente porque não entende e não sabe como lidar com isso. Eu acho que este diabo, que a acusa de um monte de coisas ruins, é uma parte de você diante de algo proibido que não pode ser falado. Como se você estivesse se culpando sob a forma de um diabo. Você quer falar sobre isso?

Isadora, muito insegura e atropelando as palavras, interrompia o seu discurso de vez em quando, porque o “demônio” a proibia de falar. Estava tendo um caso com uma ex-aluna, a qual nomeamos de Clara e temia que as pessoas descobrissem, porque ela ficaria desmoralizada diante de seus alunos e do “povo” de sua cidade. As pessoas comentavam e Isadora não sabia mais como esconder a situação.

As visões e a experiência vivida pela paciente, quando desencadeou a crise psicótica, foram relatadas alguns anos depois, em 1999, quando nos escreveu sobre o que viveu por ocasião do convite que recebeu para participar de nossa pesquisa. O fato de poder ajudar outras pessoas que passaram uma experiência semelhante à dela, teve um efeito extremamente benéfico, porque, desde esse período, o seu discurso voltou-se para as lembranças de sua doença e o tratamento foi se construindo em torno de suas dúvidas, de seus conflitos e das possibilidades de resgatar tudo o que perdeu, enquanto esteve sob o estigma

da loucura. Sob a forma de pseudônimo para proteger a sua identidade, ela permitiu que revelássemos a sua história nomeando-se de Isadora. O relato seguinte, a paciente escreveu após o surto, quando estava mais consciente e sentindo necessidade de falar das lembranças de seu sofrimento psíquico:

*Quando eu estive sofrendo do “surto psicótico” e tendo um mundo de alucinações, eu ficava com a mente confusa, tendo períodos de esquecimento da realidade objetiva, a ponto de esquecer até mesmo o meu nome, o meu trabalho.*

*Eu ficava eternamente fechada no meu mundo particular, cheia de conflitos e obsessões e não percebia o mundo que estava na minha frente. Eu ficava com a ilusão de que tinha um grupo de umbandistas com o meu nome numa panela grande de barro, inclusive dançando muito, fazendo gestos tenebrosos, como fazendo caretas para agradar ao demônio, fumando charutos grossos e dando risadas espalhafatosas. Eles falavam:*

*- Vamos matar essa professorinha de araque. Ela é muito má, perversa, domina todos os alunos. Pois bem, a partir de agora ela vai ficar mansinha como um cordeiro. Nós vamos costurar sua boca, a ponto dela não conseguir nem gaguejar. Vamos também costurar o seu coração, para ele não sentir mais amor por ninguém. Somente o ódio vai invadir o seu coração. E, também, vamos amarrar os seus braços para que ela não possa mais acolher ninguém.*

*Essa confusão de catimbozeiros permanecia todo o tempo me abusando, me humilhando, me ameaçando de morte. Eu ouvia os cânticos de catimbó diariamente. Eles me atormentavam muitíssimo.*

*Tinha também uma reunião de macumbeiras, na casa da vizinha. Elas eram vizinhas da minha mãe. Elas ficavam reunidas numa mesa com um livro de feitiçarias e uma pequena chave que simbolizava o sofrimento de alguém através de invocações espíritas, somente com o objetivo de me perseguir, através de injúrias, calúnias e difamação. E o pior disso tudo é que eu escutava tudo da minha casa. Elas falavam comigo através da transmissão do pensamento.*

*Tinha também um bode preto que berrava noite e dia. E eu percebia que aquele bode preto simbolizava a minha morte, pois através do seu*

*berro eu compreendia que ele dizia que a minha morte estava próxima. Eu ficava desesperada!*

*Tinha também outros animais no meu quintal, todos eles gritavam desesperadamente:*

*- Morre desgraçada, Isadora Satanás. Tu estás perdida de paixão por Clara. E como isso é um desrespeito à moral e aos bons costumes, nós vamos te aperrear até o fim de tua vida, aliás, dessa tua passageira vida. E eles ficavam me abusando todos os dias e noites.*

*Tinha também uma alucinação que falava da minha pureza, aliás a única que falava da minha inocência e pureza.*

*Eu era uma santa chamada Edwirges, Santa Edwirges - Rainha da Paz. Operava milagres, como por exemplo: curava os doentes com a imposição (aposição) das mãos e com a minha palavra doce e meiga, consolava os fracos e oprimidos. Formou-se na frente de minha casa uma multidão desesperada, louca para me ver. Eu ficava deitada na minha cama, parada, sem mexer um único músculo. Sentia-me indefesa. Eu continuava operando milagres, mesmo sem sair da cama. Eu ganhei uma ovelhinha branca, fofa e macia. Então eu a dei à filha da minha vizinha. E ela ficou radiante. O interessante era que só as crianças me adoravam. Elas me beijavam, faziam carinho. As outras pessoas adultas só queriam sarar, ficar boas da saúde, mas logo em seguida elas me rejeitavam. Mas as crianças não: elas gostavam de mim sem interesse. As crianças sempre me amaram muitíssimo.*

*Tinha também três pessoas que ficavam no telhado da minha casa me aperreando, mandando que eu cometesse suicídio. Elas diziam que eu não valia nada. Então pediam que eu me matasse, porque só assim a paz reinaria. Elas me diziam para eu tomar toda a caixa de anti-depressivos (30 comprimidos) de uma única vez. Diziam para eu pegar uma faca e me matar. Mandavam também que eu pegasse na energia. Eu fiz tudo o que me pediam, mas não surtiu efeito (a família interveio). Tenho certeza que Deus me protegeu, pois nada do que me pediram aconteceu.*

*E no meio de tudo isso veio a paixão avassaladora por Clara. Amei esta menina com todas as minhas forças. Me encantei por uma menina nova, com os olhos da cor-de-mel. Mas eu me sentia culpada [...].Teve*

*uma ocasião que eu disse a ela que queria me matar, pular no poço do quintal da minha mãe. Ela começou a tremer e chorar.*

*Aconteceu também o fim do meu noivado, a morte do meu pai, minhas contas altíssimas, pois passamos quatro meses sem receber dinheiro, nem o décimo terceiro.*

*Amei Clara loucamente, foi uma paixão enorme, ainda sinto a falta dela. Fiquei também incapacitada de lecionar, pois a minha boca ficou “presa”, “amarrada”. Não conseguia falar normalmente. Fiquei traumatizada com este fato. Ainda hoje tenho medo de que isso volte novamente. Sofro com a partida de Clara, com a sua ausência. Espero que um dia ela reconheça que eu não sou esse monstro que ela pintou, pois ela me evita, tem medo de mim, pensa que eu vou aprontar com ela. Mas eu jamais faria isso, porque eu ainda tenho muito carinho por ela.*

*Olhe doutora, isso foi o que eu pude lhe contar, pois tive um monte de alucinações, milhões de alucinações: medo do barulho, das motos, dos carros, etc. Senti medo dos motoristas do terminal do ônibus que eu tomava, dos alunos de qualquer colégio, sentia medo dos cheiros dos perfumes, chorei na minha Igreja, disse ao pastor que eu tinha o diabo no couro. Enfim fiz um pequeno resumo da minha história de vida. Sofri muito com tudo isso, mas agora estou aqui para contar, pois SOBREVIVI.*

Isadora também escreveu sobre o período no qual a atendemos quando da primeira crise:

*Cheguei no hospital (não era um hospital) acabada, nervosa, desorientada, com medo de tudo e de todos. Tive a felicidade de encontrar uma doutora que eu já conhecia. Ela me apoiou em todos os momentos de minha vida.*

*Quando eu cheguei, eu ainda estava com alucinação. Via as pessoas desse lugar falando sobre mim, de mal é claro. Elas diziam que o diabo já tinha tomado conta do meu corpo e que se eu ficasse boa tinha que ser espírita, trabalhar numa mesa branca até o fim da minha vida. Então eu não tinha escolha: se morresse acabaria tudo e se sobrevivesse teria que ser espírita...*

*Os pensamentos maus me perseguiram e a tristeza, a melancolia, desespero me acompanhavam. Eu cheguei até a ir para uma casa de macumba, mas quando eu cheguei lá, comecei a falar sobre a minha vida, dizendo que eu era lésbica, que amava uma garota, que me sentia culpada por isso, mas que eu não era culpada. Até hoje eu não sei se eu falei tudo isso, pois eu estava no limite da realidade com a fantasia. Falava coisas sem sentido a toda hora.*

*Antes da Dra. G., eu tive outra psicóloga chamada Dra. P., mas ela não descobriu a minha doença. Eu falava para ela que me sentia vigiada, perseguida, que todas as pessoas da cidade estavam atrás de mim, fofocando sobre minha vida, mas ela dizia que eu não estava com esquizofrenia, porque as pessoas estavam realmente falando de mim.*

*Os médicos falavam que eu estava com depressão, angústia, ansiedade, melancolia e jogavam ansiolítico com anti-depressivo em cima de mim. Eu ficava dopada com tanto remédio. Eu só queria dormir, dormir muito e nada mais...*

*Dra. G. foi minha única esperança de uma vida livre, real e consciente. Ela desde o começo de minha doença me mostrou que ninguém queria me matar, tudo era fruto de minha imaginação, que eu não precisava de internamento como queria minha irmã. Aliás, eu ainda não perdoei minha irmã sobre o fato dela querer me internar, pois lá é o fundo do poço. Só vai para lá quem está ruim da cabeça, mas acho que está próximo do perdão para ela se efetuar, porque ela estava assustada com a minha doença e não sabia o que fazer. Acho que já a perdoei.*

*Voltando para a psicóloga, ela me incentivou bastante para a minha libertação pessoal. Disse-me que eu não ficasse com medo porque a doença já me pegou adulta, então eu tinha muitas chances de ficar boa, que eu não tivesse medo e confiasse em mim, tomasse os remédios e continuasse a terapia.*

*Houve momentos que eu me desesperava, achava que não ia ficar boa, pois o meu olhar ficava perdido no tempo e no espaço, ficava alheio a tudo. Mas, graças a Deus o meu olhar voltou ao normal, pois nunca perdi a esperança. Eu sabia que mais dia menos dia eu ia recuperar a minha sanidade mental, pois eu sempre fui a garota mais inteligente do colégio, a professora mais bem informada do colégio, a filha mais bondosa*



*de minha mãe, a amiga mais bacana da cidade. Então, de repente, sumiu tudo, não tinha mais professora, não tinha mais garota, não tinha mais filha, tudo foi para o “beleléo”, tudo foi pelos ares e só sobrou o vazio, o escuro, o buraco negro, a desesperança. Sentia-me deslocada, perdida, morta, antes mesmo que Jesus me chamasse para o além.*

*Mas, graças à psicóloga, eu pude ver que minha vida não estava desgraçada, vazia, porque eu tinha minha família, eu tinha Deus, algumas amigas que queriam o meu bem. Então, de repente, eu me senti reconfortada, posso dizer que até feliz, pois eu não sabia que tinha tantas pessoas querendo o meu bem-estar.*

*Recebi muito apoio dos amigos, da minha mãe que fazia as comidas mais gostosas do mundo para me agradar. Só que no meu íntimo eu ainda sentia falta de Clara. Ela foi o meu “xodó”, minha “tetéia”, minha “boneca de louça”, minha maluquinha. Sei que perdi Clara para sempre, pois ela nem mesmo fala comigo, não olha para mim, não me dá um Oi!. Eu sei que no fundo, no fundo, ela não tem raiva, eu tenho certeza dentro de mim. Eu sei que nunca mais eu vou tê-la nos meus braços, nunca mais irei beijá-la, mas eu sei que ela foi muito feliz comigo. Na época que escreveu este texto, Isadora estava elaborando o luto pelo amor de Clara*

*Foi através da terapia que eu pude compreender um monte de coisas, como por exemplo que a felicidade é um somatório de coisas, de acontecimentos. É um conjunto de coisas que nos fazem bem. A felicidade depende do equilíbrio interno, é um estado de espírito, então, não adianta procurá-la em coisas externas, em dinheiro ou outra coisa superficial qualquer. É preciso cultivar as pequenas coisas, com um sorriso, um aperto de mão, um abraço, um beijo, enfim pequenos gestos.*

*Eu compreendi que o apoio psicoterápico é de importância vital para a recuperação de um doente mental, pois ele precisa do apoio, do carinho, da atenção. E só a ajuda de um profissional competente vai lhe restabelecer a paz, a harmonia, o equilíbrio interno, porque só remédios não curam. É preciso um suporte de um profissional capacitado que vai fazer com que enxerguemos tudo mais claro na nossa vida.*

*Eu agradeço a Deus por me dar a chance de conhecer uma boa psicóloga, que me acolheu no momento que eu mais precisei, que pegou na minha mão para que eu me sentisse mais segura, pois não há dinheiro que*

*pague um carinho, porque carinho é a forma mais segura de penetrar no mais íntimo do ser humano, porque produz um bem-estar geral...Eu estou encontrando o caminho da felicidade, eu sei que ainda vou ser muito feliz!*

Isadora também nos diz que já apresentava-se bastante doente mesmo antes da doença e morte do pai. Delirava, sentia-se estranha e perseguida, por isso procurou o serviço psiquiátrico do mesmo hospital em que o pai estava internado. Paralelamente à gravidade da doença do pai, piorava o seu estado de desorientação e confusão interna e a medicação que utilizava não fazia efeito: “O médico era burro e não acreditava quando eu dizia que tinha uma fila de kombi atrás de mim. Ele achava que eu estava com depressão”.

Isadora sempre foi muito crítica com os psiquiatras, exceto com o último, o Dr. D., o qual conseguiu conquistar sua confiança e conseqüente cooperação com o tratamento. Ela precisava a todo custo encontrar um significado para o drama que vivia, mas acreditava que ninguém entendia o seu pedido de socorro.

Quando o pai morreu, ela temia ficar internada, porque via médicos e muitas enfermeiras costurando o seu corpo, tal como fizeram com o corpo do seu pai: “Ele parecia um boneco todo costurado. Não precisavam fazer isso com meu pai, todos sabiam o que ele tinha. Fiquei com muita raiva da minha irmã porque ela permitiu “.

Isadora quando se referia ao pai enfermo, lembrava-se do sofrimento dele, quando já não havia veia para aplicar a soroterapia. Às vezes, não conseguiam anestesiá-lo, o que causava um grande sofrimento a ambos - pai e filha. Esta nada podia fazer para aliviar a dor de seu pai.

A estrutura psíquica de Isadora não suportou as fortes exigências a que foi submetida. Durante anos lutou contra um desejo que considerava proibido.

Por ocasião da doença e morte do pai, começou a envolver-se com Clara, mas temia ser descoberta, apesar de que dava motivo para as pessoas

comentarem, pois estavam sempre juntas em locais públicos. Paralelamente, havia contraído muitas dívidas porque passou quatro meses sem receber o seu salário. Ao desencadear a crise, o seu Ego recorre a uma forma arcaica de defesa. No seu delírio, toda a cidade estava contra ela, multidões seguiam-na e a acusavam.

## **2.4. INTERMEZZO TEÓRICO**

Para compreendermos o caso clínico de Isadora, acreditamos ser oportuno apresentar, nas suas linhas essenciais, os referenciais teóricos que a Psicanálise freudiana (e a leitura que dela fez Lacan), nos oferece para esclarecer um pouco o enigma da estrutura psicótica. Embora, não seja nosso propósito, posicionarmos sobre o diagnóstico de psicose e de psicose paranóica, com a qual começamos a psicoterapia de Isadora, e, levando em consideração, apenas a linguagem de seus sintomas que, indiscutivelmente, apontam na direção de um surto de psicose paranóica, vamos lembrar, aqui, o essencial do que Freud e Lacan ensinam sobre: a estrutura psíquica, em geral, a defesa típica do psicótico, a metáfora paterna, o delírio paranóico, bem como sobre a relação, estabelecida, por Freud, entre a paranóia e a homossexualidade.

### **A ESTRUTURA PSÍQUICA**

Na clínica psicanalítica, a única técnica de investigação do analista é a sua escuta. O campo da investigação limita-se em função do *dizer* e do *dito*. Em função do imaginário, no espaço da palavra, o sujeito não sabe realmente o que diz através de seus sintomas. Por isso, a avaliação do sintoma é essencialmente subjetiva, porque sustenta-se a partir do discurso do paciente e apoia-se na subjetividade da escuta do analista.

*“O analista deve estar apto a se apoiar em certos elementos estáveis, tanto na elaboração do diagnóstico, quanto na escolha da condução da cura”.* (Dor, 1991: 14).

O diagnóstico, enquanto ato médico, tem como objetivo detectar a origem da doença, a partir da análise dos sintomas, e classificá-la nosologicamente para estabelecer suas características diferenciais. De acordo com Dor (1991), em psicanálise, o diagnóstico torna-se um problema e tem uma dimensão paradoxal, pois, de um lado é necessário estabelecer o diagnóstico, para decidir quanto à condução da cura e, de outro, a pertinência do diagnóstico, só receberá confirmação após certo tempo de tratamento.

A complexidade desta questão aparece no caso de Isadora. Pensamos no primeiro momento, quando ela iniciou a terapia, que estávamos diante de uma estrutura neurótica, cuja problemática girava em torno do desejo sexual – o de ser possuída por um homem. Mas, recalca este desejo porque se remete ao discurso materno de que o pai, o representante masculino, é uma figura odiosa a quem ela não pode amar. E, prisioneira de um conflito referente à sua identidade sexual, passa a investir naquela que representa o seu igual. Novamente se depara com um impedimento: o tabu, o preconceito, veiculado pelo discurso ambivalente da mãe: *“Mulher tem que gostar de homem”*.

Não conseguindo conciliar os seus desejos com o discurso da mãe, de algum modo o seu ego utiliza-se de uma defesa patológica que lembra a forclusão, colocando no Real o que não pôde internalizar. O representante de seu desejo toma as características de um objeto perseguidor, que ao desencadear a crise, passa a ameaçá-la de morte por estar amando uma mulher.

Enquanto olhada como neurótica, Isadora tinha queixas: procurava psiquiatras e psicólogos que não a “ajudavam”, porque não conseguiam “escutá-la”. Foi a partir do desencadeamento de uma crise com uma sintomatologia

aparentemente psicótica, que conseguimos estabelecer com ela um discurso, no qual pôde remeter-se às lembranças de uma experiência interna nunca antes revelada, relativa às primeiras relações parentais e (re)-direcionar a sua vida de maneira mais saudável. O diagnóstico leva-nos à questão da estrutura.

Para compreendermos a noção de estrutura, consideramos significativo o que diz Freud, na “Conferência XXXI”, ao estabelecer uma analogia entre a estrutura psíquica e o bloco de cristal, que, ao cair não se quebra de qualquer maneira. Suas rachaduras far-se-ão segundo linhas de clivagem, previamente determinadas, que definem a forma do cristal. Analogicamente, o mesmo acontece com a estrutura psíquica. Pouco a pouco, o psiquismo individual, desde o nascimento, organiza-se como um cristal (Freud 1933a/1980).

Quando Freud estabelece esta analogia, é preciso que levemos em consideração, além das semelhanças, sobretudo as dessemelhanças. É preciso ter isto sempre presente, quando usamos a analogia entre a estrutura do cristal e estrutura psíquica. Se o sujeito<sup>4</sup> é submetido a fortes traumatismos internos e externos, frustrações e conflitos, sua estrutura pode vir a se rachar segundo as linhas de clivagem preestabelecidas anteriormente durante a sua constituição. O sujeito de estrutura neurótica, desenvolve uma neurose e o sujeito da estrutura psicótica, uma psicose. Aquela é mais maleável e pode mais facilmente adquirir uma nova reestruturação. Esta é mais complexa e sua reestruturação é mais difícil, embora, para alguns, não seja impossível.

A partir de Freud, surgiram várias interrogações a respeito da estrutura psicótica. Em suas obras, ele levantou questões que o levaram a estabelecer uma oposição entre a estrutura neurótica e a psicótica.

---

<sup>4</sup> O sujeito da psicanálise é plural e descontínuo. Em vez de personalidade, pessoa ou indivíduo, adotamos o conceito metapsicológico de sujeito como conjunto de processos identificatórios (Costa, 1998).

Bergeret (1983), baseado na concepção freudiana de estrutura, explica-nos que, na estrutura neurótica, a organização do Ego se estabelece em torno do Édipo, situando-se o conflito entre o Ego e as pulsões, e tendo o recalque como o principal mecanismo de defesa. Na estrutura psicótica, uma rejeição (e não o recalque), tem por objeto uma parte da realidade. O objeto é desinvestido e aparece sob a forma de delírios e alucinações, como um conjunto de defesas arcaicas dispendiosas para o Ego. Em psicopatologia, não existem somente estas duas formas de estruturas psíquicas. Outras organizações assumem uma posição intermediária, caracterizadas por estados fronteiros com aspectos depressivos, fóbicos e arranjos que constituem uma estrutura mais frágil.

### **A DEFESA TÍPICA DA PSICOSE: A FORCLUSÃO**

Em 1894, no artigo “As Neuropsicoses de Defesa”, Freud introduziu a noção de rejeição (*Verwerfung*) que Lacan traduziu com o neologismo *forclusão*. Freud via no termo “rejeição” uma espécie de defesa bem mais enérgica e eficaz, do que a defesa do recalque. “*O ego rejeita a representação insuportável, simultaneamente com seu afeto, e se conduz como se a representação, não tivesse jamais chegado ao ego*”.

Na forclusão, “algo” não é admitido, constituindo-se um buraco no significante – uma não afirmação. Por isso, a forclusão só é notada pelos seus efeitos e apreendida pela leitura das perturbações da linguagem.

Leclaire (Aulagnier et alii, 1979), de modo muito sugestivo, mostra a diferença entre recalque e forclusão. Se estes mecanismos fossem simbolizados por um pedaço de tecido, o recalque poderia ser figurado como um rasgão, sempre cerzível, enquanto a forclusão, seria semelhante a um tecido que tivesse um defeito de origem, um buraco, uma falha na própria fabricação, um tecido com um “buraco original”, que só poderia ser preenchido por um remendo.

A forclusão seria uma experiência marcada por uma falta radical, um “buraco no significante”, anterior ao recalque. As características desta falta são reveladas na clínica como uma experiência desordenada, total, como um reflexo vazio do símbolo repudiado.

Para Lacan, na forclusão, o que é abolido não é a realidade exterior, e sim, o simbólico. A forclusão, portanto, pode ser compreendida a partir da metáfora paterna. A forclusão do Nome-do-Pai no lugar do Outro, determinando o fracasso da metáfora paterna, dá à psicose uma condição especial, que a distingue da neurose. O Nome-do-Pai está fora da significação na ordem simbólica, como se a Lei não existisse, como se não houvesse castração.

Esta ausência do lugar do terceiro está no cerne da estrutura psicótica e implica numa falha das relações do sujeito, enquanto estrutura moral e ser sexuado, na escolha adequada do objeto sexual e de tudo o que envolve tal escolha.

### **A METÁFORA PATERNA**

A respeito da metáfora paterna podemos dizer que esta relaciona-se à função do pai enquanto núcleo de toda a questão do *complexo de Édipo*. Freud, no “Caso Schreber”, estabeleceu uma relação entre a psicose e o “complexo paterno”. Em “Totem e Tabu”, ao desenvolver o mito da “horda primitiva”, a questão do pai ocupou o centro de suas relações (Souza Filho, 1988).

Em Lacan (1901-1981/1998), a representação paterna fundamenta o conceito do significante Nome-do-Pai e abre espaço para outras interpretações do *complexo de Édipo*, segundo as vertentes imaginárias e simbólicas. É este significante que torna possível a separação da criança na relação dual com a mãe. A criança será inserida no mundo da linguagem como ser sexuado e autônomo. O mundo da linguagem é um mundo da ordem do reconhecimento,

numa dialética em que Demanda e desejo entram em jogo. Lemaire (1982), referindo-se a Lacan, afirma que este associou o pai à linguagem como princípio interpretativo do *complexo de Édipo*. Nesta concepção, o pai se impõe como conservador e garantia da ordem da lei das estruturas familiares e culturais, que possibilitam a existência, enquanto o Outro materno aparece como aquele que institui uma relação na qual predomina a noção do *phallus* imaginário. Este *phallus*, é proveniente da carência estrutural da mãe (inveja do pênis na fase edipiana), alimenta uma relação imaginária, na qual o desejo do filho é ser objeto do desejo da mãe.

A função paterna retira a criança da relação imaginária com a mãe e a introduz no registro humano do simbólico. O pai representante da Lei priva a criança de seu objeto de desejo e à mãe, de seu objeto fálico, e salvaguarda a ordem simbólica. A identificação com o pai determina na criança a formação do ideal do Ego.

Calligaris (1989:22) parte da hipótese de que a metáfora paterna é a operação pela qual o neurótico, no campo dos significantes do seu saber, institui uma referência privilegiada que distribui neste campo as significações e ao mesmo tempo, lhe promete uma significação. Esta significação que o sujeito neurótico obtém da referência paterna é o ganho da sua filiação.

No sujeito psicótico não ocorre esta referência, por isso, quando o psicótico se vê diante da necessidade de referir-se à metáfora paterna, que não está simbolizada e nem há esta função, ele constrói uma metáfora análoga à metáfora neurótica de filiação. A função paterna, por não estar simbolizada, é uma função paterna no Real constituída em torno de um delírio. Pelo delírio, o sujeito psicótico tenta armar para si uma significação que não lhe seria garantida por uma filiação simbólica.



## O DELÍRIO PARANÓICO

O delírio na abordagem psicanalítica é considerado como uma linguagem que precisa ser interpretada, pois é uma tentativa de restaurar a realidade rejeitada pela forclusão.

Para compreendermos o tema persecutório do delírio de Isadora, o qual se apresenta como um sentimento de culpa em torno dos desejos homossexuais, valemo-nos daquilo que Freud diz quando relaciona paranóia e homossexualidade.

No seu artigo sobre o caso Schreber de 1911, particularmente na parte dedicada aos *Mecanismos da Paranóia*, Freud afirma que o paranóico para repelir uma fantasia de desejo homossexual reage com delírios de perseguição. A partir deste pressuposto, elaborou a hipótese de que há uma relação estreita entre a paranóia e a homossexualidade. Ele considera que o paranóico tem uma fixação no estágio do narcisismo, no qual o único objeto sexual é seu próprio ego.

Freud (1911:81) verifica que em todos os casos observados, inclusive por Jung e Ferenczi, a defesa contra o desejo homossexual estava no centro do delírio paranóico, embora a etiologia sexual pudesse não ser evidente. O paranóico reconstrói o universo, de tal maneira que possa de novo viver, mediante seu trabalho delirante. Aquilo que tomamos por uma produção mórbida, o delírio, é na realidade uma tentativa de cura, uma reconstrução. O paranóico reconstrói seu mundo com o trabalho do seu delírio:

*“A formação delirante, que presumimos ser o produto patológico, é, na realidade, uma tentativa de restabelecimento, um processo de reconstrução”* (Freud, 1911: 94-95).

Em 1922, Freud escreve um artigo associando o ciúme, a paranóia e o homossexualismo e explica que há três graus de ciúmes: o competitivo ou normal, o projetado e o delirante. O ciúme delirante é decorrente de um

homossexualismo, que cumpriu o seu curso e toma sua posição na forma clássica de paranóia, pelo mecanismo da projeção. “*No paranóico, a pessoa mais amada de seu próprio sexo se torna seu perseguidor*” (Freud, 1922/1980:275). Esta forma de reação serve de defesa contra o homossexualismo.

A partir de Lacan, o caráter homossexual do paranóico, passou a ser definido não como algo reativo, mas estrutural, onde o paciente é presa de seu imaginário, pois contempla a sua imagem como meio de sobreviver.

Segundo Lacan (1955/1998a), é o sistema delirante que fornece os elementos para a compreensão do sujeito psicótico. Baseado na hipótese de Freud sobre a intensidade da defesa do delírio psicótico e de sua referência essencial ao narcisismo, Lacan pressupõe que a defesa contra a tendência homossexual parte de um narcisismo ameaçado.

Inspirado nas idéias de Ida Macalpine, Lacan sugere que o tema da homossexualidade no delírio da paranóia, é um tema de procriação, no qual o sujeito é perseguido por ele mesmo, assexuado em sua forma, não acarretando condições de desvirilização, de feminização, senão como uma espécie de consequência *a posteriori* de uma exigência para a qual não pode responder. O sujeito é concebido como nascido apenas na relação da criança com a mãe, antes de toda constituição de uma situação triangular. Então, vê surgir em si uma fantasia de desejo, desejo de se igualar à mãe na sua capacidade de fazer uma criança.

Uma vez que, os sintomas de Isadora e suas tentativas de suicídio nos levam a pensar na possibilidade de um surto paranóico, achamos oportuno lembrar o que Lacan refere sobre o delírio paranóico. Quando este não revela nenhuma estrutura autopunitiva e a significação da homossexualidade recalcada aparece nitidamente, o sujeito pode ser levado a degradações com tendências

homicidas e suicidas. Na tendência à criminalidade dos psicóticos, os crimes dos delírios de autopunição são crimes de culpa moral, portanto do Superego.

De acordo com a concepção lacaniana da paranóia, a história do paranóico é marcada por um inacabamento das condutas vitais, que se relacionam com a esfera sexual, matrimonial e familiar. Entre elas encontram-se a situação familiar na infância do sujeito (orfandade, ilegitimidade, apego a um dos pais, ódio familiar); apragmatismo sexual na adolescência; fracassos matrimoniais e fuga do casamento.

### **A ABORDAGEM PSICANALÍTICA DA HOMOSSEXUALIDADE**

Isadora quando adoeceu falava à mãe sobre suas tendências homossexuais e mesmo assim a paciente acha que ela nunca acreditou, porque dizia que a paixão dela pela amiga era da doença: *“mulher não ama outra mulher minha filha, mulher tem que gostar de homem”*.

Esta é a “lei” instituída que muito faz sofrer àqueles que se desviam desta norma, por não serem capazes de amar a um Outro que não seja de seu próprio sexo. O homossexual é aquele que escolhe como objeto de amor *“alguém que a ele se assemelhe”*, como objeto substituto de sua própria imagem. Segundo a Psicanálise freudiana, a inversão sexual é caracterizada pela identificação do sujeito com a mãe, a partir de uma relação especular, decorrente do olhar da mãe que funciona como objeto narcísico tal qual um espelho, que reflete a imagem daquele que não consegue amar senão a si mesmo.

Para compreendermos a homossexualidade feminina, consideramos significativo o que nos diz Freud em seus artigos. Na “Conferência XXXIII” (1933b/1980), em seu artigo “Feminilidade”, Freud refere que a Psicanálise tenta descrever o que é a mulher e como esta desenvolve a sua disposição bissexual. Segundo ele, na história pré-edipiana das meninas, o sedutor é a mãe, porque ela

indiretamente estimula pela primeira vez, sensações prazerosas nos genitais da menina.

A passagem do amor ao ódio pela mãe, que ocorre no período edipiano, pode se apresentar por uma lista de acusações contra ela. Este ódio pode ser superado posteriormente, ou pode tornar-se muito influente e durar toda a vida, porque uma parte restante deste ódio persiste. O temor de ser envenenada ou assassinada, revela Freud neste mesmo artigo, provavelmente está relacionado ao desmame e pode representar desejos sexuais. Posteriormente, poderá formar o núcleo de uma doença paranóica, por estar presente desde o período pré-edipiano em relação à mãe.

Freud (1933b/1980: 155-160), descreve algumas hipóteses sobre as conseqüências da descoberta da castração na menina (considerada por ele como um marco decisivo no crescimento): a) o infortúnio da castração, inicialmente sentido como algo individual, estende-se posteriormente às outras mulheres, inclusive à mãe, tornando possível o afastamento do amor pela mãe como objeto; b) a menina pode desenvolver o que ele chamou de “complexo de masculinidade”. As duas fases do desenvolvimento do homossexualismo feminino aparecem nas práticas das homossexuais, sob a forma de desempenho entre si, de papéis de mãe e de bebê, bem como os papéis de marido e mulher. Os fenômenos do período masculino inicial podem derivar perturbações que, no transcorrer da vida de algumas mulheres, levam a uma repetida alternância entre períodos de masculinidade e feminidade. Daí, derivar-se a expressão de bissexualidade da mulher. Algumas destas investigações psicanalíticas parecem se confirmar quando analisamos o percurso da história de Isadora.

Do ponto de vista cultural, o homossexualismo feminino é originário da Grécia antiga, e teve como sua fundadora, a poetisa Safo, conhecida pelo culto

ao amor lésbico - nome derivado de sua terra natal, a ilha de Lesbos. Safo, significa voz cristalina e tornou famosos seus poemas amorosos dedicados às jovens que foram denominadas de safhos, por terem aderido à prática do lesbianismo. Rosito (In: Graña,1998), relata que Safo descobriu o caminho da interioridade, através das amigas e de seu próprio corpo, mostrando as ternuras do coração por meio da poesia, porque não se interessava pelo mundo dos homens. Estes estavam envolvidos com banquetes e guerras, fatos que não interessavam à mulher daquela época.

Na clínica transferencial, Rosito destaca a importância do olhar como tema, enfatizando que a ausência do olhar da mãe, pode ser uma experiência catastrófica para a menina. A busca deste olhar reflete a necessidade do encontro consigo mesma, e este pode ser resgatado na relação de transferência, que se estabelece durante a análise. A análise pode propiciar a vivência de ser olhada e olhar a si mesma, corrigindo as falhas do desenvolvimento primitivo da identidade da paciente.

## **2.5. A INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA DURANTE A CRISE PSICÓTICA E O TRATAMENTO DE ISADORA**

Os dados do prontuário de Isadora no setor médico-psiquiátrico, no ano em que teve a crise (janeiro de 1996), informam-nos que naquele momento, “*a paciente apresenta-se delirante, conteúdo erótico, alucinação auditiva e visual*”. Medicada com 1 Haloperidol<sup>5</sup> – 5 mg pela manhã; 1 Cloridrato Clorpromazina<sup>6</sup>- 100 mg e 1 Cloridrato de Prometazina<sup>7</sup> à noite. Em março, “*apresenta quadro*

---

<sup>5</sup> Haldol – Janssen-Cilag Farmacêutica Ltda.

<sup>6</sup> Amplictil – Aventis Pharma.

<sup>7</sup> Fenegan – Aventis Pharma.

*instável e insônia*". Medicada com Fluracepan<sup>8</sup> – 1 à noite, suspende o Cloridrato de Prometazina. Em abril, há melhora do quadro: *"Insegura. Sem visões psicóticas"*. Em junho mudou novamente a medicação (1 Cloridrato de Tioridazina<sup>9</sup> 50mg – 1 Biperideno Cloridrato<sup>10</sup> 100mg – 1 Fluracepan à noite).

A partir de julho, é atendida por uma médica, e esta escreve que, *"a paciente não quer tomar os remédios, mas vem bem. Não tem queixa de depressão e angústia"*. Isadora foi acompanhada por esta médica até agosto do ano seguinte, mas não gostava dela: *"Ela não conversa, nem olha pra mim. Só passa o remédio e pronto"*. Em setembro, a encaminhamos ao serviço psiquiátrico dos servidores do Estado, onde vem sendo acompanhada, para manutenção do tratamento, até a presente data. Neste serviço foi diagnosticada com psicose não especificada (298.9 - C.I.D.9). Atualmente está sendo medicada com Biperideno Cloridrato; Cloridrato de Tioridazina e Cloridrato de Amitriptilina<sup>11</sup> - à noite.

Para justificar como realizamos a intervenção psicológica na primeira crise de Isadora, organizamos para efeito didático, a seqüência de estratégias que utilizamos naquela ocasião:

- Caminhamos com Isadora na área externa do ambulatório, para certifi-cá-la de que não estava num hospital psiquiátrico;
- Procuramos reduzir a sua ansiedade e a confusão interna estimulando-a a contar-nos sobre o que estava lhe ocorrendo e o que temia;
- Procuramos convencê-la a ser atendida na sala de Psicologia para evitar a presença de estranhos;
- Estimulamos Isadora a falar de seus delírios e de suas alucinações;

---

<sup>8</sup> Dalmadorm – ICN Farmacêutica Ltda.

<sup>9</sup> Melleril – Novartis Biociências S.A.

<sup>10</sup> Akineton – Knoll Produtos Químicos e Farmacêuticos Ltda.

<sup>11</sup> Tryptanol – Prodome Química e Farmacêutica Ltda.

- Acompanhamos a paciente à consulta com o psiquiatra do ambulatório, a fim de que fosse medicada adequadamente e lhe garantimos a continuidade do atendimento psicológico. Não nos pareceu que Isadora precisasse de internamento, mas era preciso esperar pelo parecer do médico, que também concordou com a nossa opinião. Cuidamos de dizer ao médico que a paciente seria acompanhada em sessões de psicoterapia. Durante quinze dias ela foi atendida diariamente, exceto nos finais de semana.
- Procuramos assegurá-la de que não seria internada se cooperasse com o tratamento.
- Entrevistamos sua irmã Beatriz para obter informações e orientá-la quanto à cooperação da família no tratamento e quanto ao uso das medicações, enfatizando a necessidade do carinho, da compreensão e da paciência com a agitação da crise;
- Orientamos a paciente quanto ao planejamento das sessões de psicoterapia (diárias nos primeiros quinze dias, em seguida três sessões semanais e uma sessão semanal quando estivesse reagindo bem ao tratamento);
- Procuramos ouvir o discurso em torno de seu delírio para encontrar uma significação.

À princípio Isadora apresentou resistência à medicação, sentia-se enjoada, com mal-estar. A irmã colocava os remédios no suco, no leite, até ela aceitar conscientemente medicar-se. Nas entrevistas, Beatriz nos informou que há uns cinco anos, a paciente vinha apresentando problemas: era compulsiva pelo trabalho e excesso de limpeza. Em 1992, Isadora fez plástica de mama, mas desenvolveu quelóide na cicatriz, por isso ficou muito complexada. Sempre apresentou-se muito arredia com todo mundo. Tinha “mania de perseguição”. Criou problema na escola porque achava que falavam dela. No ano de 1994

contraiu dívidas, principalmente com roupas, e ficou sem condições de pagar. Foi a irmã quem pagou as dívidas. Nesta época viajou para Salvador a fim de visitar o noivo e lá descobriu que ele estava com outra mulher, por isso acabou o noivado e veio embora. Pensava em mudar-se para Recife a fim de trabalhar e mudar de vida. Chegou a fazer entrevistas e quando foi convidada para assumir a função de professora numa das escolas, já estava bastante doente e desistiu.

Beatriz nos contou também que Isadora sempre foi diferente de todos da família: muito inteligente, dedicava-se à poesia e à literatura. Reservada, não falava de suas dificuldades e relacionava-se melhor com a mãe. Achava o pai ignorante. Também informou que a irmã fez tratamento psiquiátrico com um médico de um hospital geral de Recife, mas não soube especificar o motivo.

### **O TRATAMENTO DE ISADORA**

No processo terapêutico, após a intervenção das primeiras semanas que se seguiram ao episódio da crise, procuramos construir uma rede de significados, a partir do discurso de Isadora, principalmente daqueles que a levaram ao desencadeamento da crise.

Procuramos compreender porque havia idealizado tanto a amiga Clara e o que esta representava para ela. E ainda, o que fez com que seu ego fosse dominado por um superego tão rígido. Clara foi descrita como alguém que possuía características que ela desejava: juventude, alegria e comunicação. Seu amor por Clara era possessivo, sufocando-a com chantagens e presentes, a fim de que não fosse abandonada. As trocas afetivas com a companheira encenavam uma fantasia em torno da primitiva relação da mãe com seu bebê, como se procurasse resgatar sua carência da relação especular. Lembrava-se com saudade do prelúdio amoroso com a amiga, que vinha acompanhado de cuidados como, perfumá-la, vesti-la, enfeitá-la, tal como a mãe faz com seu bebê. Olhava



Clara como a mãe olha para o bebê, um olhar investido libidinalmente. Enquanto Isadora investia nesta relação, ela podia resgatar, à sua maneira, a relação que envolve o desejo de olhar, ser olhada e reconhecida como sujeito.

Nas investigações psicanalíticas sobre a estrutura psicótica, a criança, no estágio do espelho, descobre a unidade da sua imagem corporal e aliena-se na própria imagem. Ao apreender sua imagem, apreende também a imagem do Outro (Sobrinho, 1988). A relação mãe-filho, tanto na vertente da necessidade como na do desejo, estabelece o campo do narcisismo primário. A relação especular é o núcleo da experiência narcísica infantil e marca todo o desenvolvimento libidinal da criança, pois envolve tanto a unidade como a separação. O filho, ao alienar-se no desejo materno, forma uma relação dual com a mãe, o que vai exigir, como já tivemos a oportunidade de dizer, a entrada da Lei, através da substituição deste desejo pela função paterna.

Com o advento da crise, a paciente tornou pública a relação de ambas, e, inconscientemente, Clara passa a representar um olhar “perverso”, que condena e tenta destruí-la, transformando-se na figura punitiva de um demônio que a acusa e a condena à morte.

A consciência moral, uma das instâncias do ego, é para Freud, uma das manifestações do Superego (Freud, 1933a/1980 – Conferência XXXI). Ora, o ego de Isadora, por estar fragilizado e indefeso, era controlado pelo Superego que passou a tratá-la com um rígido padrão de moralidade, criando grande tensão entre o ego e o superego. No delírio de Isadora, o demônio, com características de um homem ameaçador e destrutivo, ocupa o lugar masculino para responder à metáfora do significante nome do pai, que forcluído aparece no Real.

Ao projetar a figura masculina em um demônio, Isadora, inconscientemente, justifica os seus temores em investir sua libido no sexo

oposto, porque entregar-se a um homem significa a ameaça de perder a virgindade e ficar “esburacada” - perderia uma parte de si. Estaria, Isadora, desse modo, representando, sua falha estrutural, aquele buraco não cerzível, no dizer de Leclair que caracteriza a estrutura psicótica ?

Estes dados são confirmados nos relatos de Isadora aos quais ela denominou de “sonhos”, e entendemos que desta maneira ela pôde falar de suas idéias delirantes. No início do ano de 1999, Isadora relatou o “sonho” que ocorreu alguns dias antes de sua sessão terapêutica:

*Estava na sala de psicoterapia, só que era azul claro, tinha um painel cheio de crianças de 3 a 5 anos, rosadas, lourinhas, de brinco. Havia uma de 3 anos que estava no quarto chorando. As crianças, meninas de fraudas, não sorriam, mas movimentavam-se e estendendo os braços e as mãos, chamavam-na . Sua mãe apareceu e a tirou da sala dizendo:*

*- Sai daí Isadora, que você não é casada. Só pode ficar aí quem é casada.*

Num outro momento do “sonho”, ela estava grávida e a mãe novamente lhe dizia:

*- Isadora só pode ser mãe quem é casada e você não é casada não.*

Via as pernas com sangue e Isadora dizia à mãe:

*- Mãe por que a senhora fez isso ? (a obrigou a abortar).*

*- Isadora, para você ser mãe tem que amar. Eu tive 23 filhos e 13 morreram. Você não nasceu para ser mãe, não.*

*- Mas, mãe, por que você não quer que eu tenha um filho na minha barriga?*

*- Porque você é independente.*

A paciente nos diz que a mãe deveria estar dizendo aquilo para puni-la, pelo fato de ter ido morar sozinha. Lembra-se de que “acordou chorando”. A figura materna lhe impõe um apelo e um castigo por não atendê-lo. Uma criança de três anos chora num canto, tal como ela que se acorda chorando. O lugar que ocupávamos na relação transferencial pode ter motivado o conteúdo onírico. Esta

mãe era um produto resultante da relação transferencial, na qual trabalhávamos a sua feminilidade, à medida que ela elaborava seu relacionamento com Clara e seu desejo de ter filhos. Nesta mesma sessão, ela se remete às lembranças de Clara: diz que foi a amiga que a iniciou na homossexualidade e, que, antes ela se satisfazia com o platonismo de seus amores da adolescência, e com os presentes que dava às amigas para conquistá-las. A maioria era meninas pobres de sua cidade, das quais ela “comprava” a amizade dando-lhes presentes de sua loja. Falou de uma mulher de teatro ambulante, que apareceu na cidade e com a qual ela teve relação sexual. Esta tinha muito ciúme da sua paixão por Clara. Este relacionamento levou a paciente a trabalhar e questionar a natureza de suas práticas homossexuais. Por isso, o sonho com o aborto e a demanda materna – *“tem que se casar para ter filhos”*. Não podia ter filhos com outra mulher. A mãe do sonho cobrava dela a posição feminina, de ser mulher como ela.

Na sessão seguinte, Isadora voltou a falar de Clara, de suas humilhações e de seu desprezo, mas voltou-se para o seu desejo de retornar à sala de aula. Temia não conseguir mais expressar-se com naturalidade, temia ser humilhada pelos alunos e ao indagarmos por que eles faziam isto, ela nos respondeu: *“Acho que os alunos podem ver um monte de problemas que eu tenho. Tenho medo que fique estampado no meu rosto a tristeza, a decepção”*.

Nós lhe dissemos que as pessoas não têm o poder de ler os pensamentos, nem saber a história de vida individual dos demais, sem que isso seja expresso através de palavras. Isadora precisava assegurar-se que estava bem para voltar a ensinar, e isto ela apenas saberia se o fizesse. Queixava-se porque não estava ensinando, sentia-se humilhada diante dos outros colegas professores. Sonhava dando aulas. Impulsionada por esse desejo, começou a procurar o secretário de educação para conseguir alguma disciplina.

Nesta sessão, Isadora também coloca que :

- *Mais do que dar aula eu quero arrumar um amor.*

Procuramos associar este desejo com o sonho da sessão anterior e lhe dissemos:

- Para ter nenê?

- *Quem já viu mulher dar nenê.*

- Mas com homem pode...!

- *Homem é ruim, faz o que não deve. Com mulher, a gente faz o que quer, e sai inteirinha, não sai nenhum pedaço.*

- Como é isso, sair um pedaço?

- *Homem deixa a gente "esburacada".*

- Como então você quer ter um nenê?.

-*Eu arranjaria um nenê prá criar. Deus me livre de transar com um homem. Eu quero morrer... . Com mulher não. Mulher é suave, macia, cheirosa, perfumada, pele fina e cabelo bonito. Quando eu digo que é prá arrumar um amor, eu quero dizer que é uma mulher. Homem parece bicho, fica agitado querendo transar. Se fosse um homem calmo, mas fica agoniado, com a respiração ofegante*

Aqui ela nos fala como construiu sua "teoria" para justificar porque não tem atração pelos homens e o que pensa a respeito deles: não pode gostar de homem porque homem é mau, machuca a mulher. Ao mesmo tempo, também explica porque é atraída por mulheres. De algum modo, as primeiras experiências afetivas de Isadora com o sexo oposto não foram satisfatórias. As poucas vezes que falou do noivo não demonstrou nenhum afeto, exceto que haviam tentado um contato sexual mais íntimo, mas que ela teve medo. Não confiava nele.

E acrescentou: *"Deus me livre. Eu quero é uma mulher, é suave".*

Procuramos elaborar melhor o seu medo da sexualidade masculina:

- O que a assusta no ato sexual?

- *Eu tenho pavor, medo. Parece uma violência sexual!*

- Que lembranças você tem a este respeito?

- *Minha irmã. Parecia um ato de violência. Eu era curiosa e ficava vendo e ouvindo eles fazendo sexo. Eles nem me viam. Vi também uma prima que era noiva.*

- *Você não via amor, delicadeza...*

- *Não, via que era uma coisa feia. Um aluno de 6 anos me disse que o amor deveria ser uma coisa boa, porque os seus pais ficavam com o rosto feliz.*

A partir do que foi dito pelo seu aluno, acrescentamos que era o ato de amor que fazia tudo ser diferente. A criança falou para Isadora como aprendeu a reconhecer o prazer sexual no olhar dos pais. Ela não conseguia percebê-lo como experiência prazerosa, porque havia ficado fixada em lembranças antigas do ato sexual como um ato violento, quando, criança, espionava os casais, num momento em que não tinha ainda a capacidade de formar uma idéia a respeito, do ato sexual senão pelo discurso da mãe, que o fazia falando de um pai bruto e grosseiro.

Conforme explica Aulagnier (1985), no início da vida, o Eu se constrói como idéia, nome e pensamentos falados pelo discurso de um Outro. Estes enunciados que vêm de fora, são projetados pelo porta-voz (a mãe), e a criança se apropria deles inicialmente, através da repetição e depois pela identificação. A mãe enuncia e media para o bebê o “discurso do ambiente”, em função de suas produções psíquicas. A mãe indica os limites do possível e do lícito, e por este motivo, ela é chamada de porta-voz. Ela fantasia uma representação ideativa do bebê, através do discurso que mantém com ele, representação que ela começa a identificar como sendo o “ser” do bebê.

Em busca de um pensamento sobre a sua origem, mediada pelo discurso da mãe, Isadora construiu uma “teoria” segundo a qual a origem da vida era associada a um ato cruel, agressivo, tendo a mãe como o porta-voz de uma experiência marcada pelo ódio, pois dizia à filha que não amava o pai, porque

este era violento. Este deveria ficar fora da relação, fora de sua vida, e deveria não existir. Por isso, Isadora vivia presa numa ambigüidade, na qual o pai, ora era alguém que ela queria amar e de quem queria obter carinho, ora, para não contrariar a mãe, deveria afastar-se dele, por este ser mau e perigoso.

Aulagnier (1979a) construiu uma hipótese sobre a paranóia, a partir da influência do ódio no casal parental. Esta hipótese nos serviu de referência para compreendermos o caso de Isadora. Aulagnier constata que nos discursos dos paranóicos, aparece uma tendência do sujeito para ser reconhecido como fruto do ódio, de identificar a situação de ódio com a situação de casal, e, de criar, a partir daí, a sua história, para que esta tenha sentido. A hipótese de Aulagnier baseia-se no fato de que, tanto na esquizofrenia como na paranóia, o Eu altera a sua relação com o mundo, construindo um enunciado sobre as origens, para substituir aquele que é partilhado pelo conjunto dos outros sujeitos. A lógica do discurso do paranóico e do esquizofrênico é delirante, porque é construída como um tipo de resposta dada pelo sujeito, a uma organização particular do espaço, no qual o Eu deveria se constituir. Este tipo de organização, para Aulagnier, é decorrente do confronto do discurso da mãe como porta-voz da criança e o do discurso do pai, que se mostraram ineficazes. O sujeito não pode encontrar um “pensamento” do qual possa apropriar-se para a sua própria teorização sobre as origens, restando-lhe a tarefa de criá-lo a partir de uma interpretação fantasmática, que silencia o Eu. Este tipo de vivência está presente na *potencialidade psicótica*<sup>12</sup> e em suas manifestações.

---

<sup>12</sup> A potencialidade psicótica (esquizofrênica ou paranóica), é uma experiência na qual se exige do sujeito que ele ordene o espaço, o tempo e a linhagem, recorrendo ao discurso dos outros para responder ao enunciado sobre as origens, mas do qual ele está ausente em sua própria experiência interior (Aulagnier, 1979a).

Em função da potencialidade psicótica, ela nos fala de dois conceitos: o *pensamento delirante primário*<sup>13</sup> e a *teoria delirante da origem*<sup>14</sup>. Aulagnier deduz que o Eu, na psicose, passa a ser um “artesão” de uma reorganização da relação que ele terá de manter com dois discursos, criando um espaço original, cuja significação preenche um vazio no discurso do Outro. Para conseguir falar a linguagem dos outros, o sujeito inventa uma interpretação, a fim de demonstrar a verdade do discurso do porta-voz, e esta, se refere à sua origem e à origem de sua história. Estes discursos “escutados”, no entanto, revelam uma contradição entre a sua vivência afetiva e efetiva.

No início da vida, o Eu nada pode saber sobre sua história, exceto acreditar no saber de quem lhe fornece o discurso. A lógica do Eu obedece ao princípio da não-contradição, por isso toda significação, que torna sem sentido a causa de tudo o que se refere à origem da criança, torna-se também o que poderia ser a causa do Eu. Aulagnier acredita que a criança espera que lhe seja enunciado, na origem de sua existência, o desejo do casal e o prazer pelo seu nascimento. O prazer deste encontro é uma proposição, da qual o Eu só poderá apropriar-se, se existir prazer na relação criança-casal; este sendo manifestado pelo porta-voz ao enunciar esta proposição. E, para que a experiência de desprazer não seja desestruturante para o Eu, o porta-voz deve reconhecê-la como parte da experiência, fornecendo-lhe uma significação que seja coerente com o discurso, a fim de que a criança possa diferenciá-la da experiência prazerosa. Se isso não acontece, o Eu pode considerar, como causa de desprazer, o desejo do Outro, interpretando o prazer como efeito de um erro, de um não saber, de uma falta

---

<sup>13</sup> É uma forma de pensamento que preenche o vazio do discurso. Idem (op. cit.).

<sup>14</sup> Para preencher este vazio no discurso, o Eu utiliza-se do pensamento delirante primário e elabora uma teoria sobre a origem. Esta se constitui em torno de um enunciado que responde novamente a esta questão, substituindo um indizível no discurso materno por um dito, “criado” pelo sujeito. Idem (op. cit.).

cometida. Assim, o “prazer e o desprazer correm o risco de perder todo o sentido e de não poderem mais ser *falados*”(op. cit., 1979a:183).

Na problemática de Isadora, a criança ocupa o lugar de um espectador que olha e observa a cena do Real, na qual o casal figura como fonte de desprazer. Assim, o olhar que contempla a cena, faz deste visto uma fonte de desprazer. A figuração do casal como fonte e lugar do desprazer, não permite remodelar a representação da origem de si mesmo como um duplo desejo e de um prazer compartilhado. A descoberta dos atributos paternos é percebida como fonte unicamente de desprazer.

Segundo Aulagnier (1990), o apelo ao perseguidor externo é a última manobra que resta ao paranóico para não encontrá-lo em seu próprio corpo, preservando desse modo, o risco de um conflito mortífero (Eu/corpo) que o levaria à destruição. Para preservar a sua vida, o Eu é obrigado a investir nesse Outro, enquanto instância anônima, que ele supõe querer a sua morte.

Isadora relatou outro sonho em abril de 1999, tendo ele ocorrido na noite que antecedeu à terapia. Nesta mesma noite ela foi informada por algumas alunas que o secretário de educação, havia lhes dito que ela iria voltar a ensinar para substituir uma professora que iria se operar. Não tendo sido comunicada, disse-lhes que aguardaria o convite. Esta notícia a deixou bastante ansiosa e não parou mais de pensar no assunto, foi dormir pensando no caso. Acordou-se de madrugada devido ao que sonhou. Estava trancada num quarto e a fechadura não abria, queria fugir, mas o diabo não deixava e dizia-lhe que ela não podia mais ensinar, porque fazia muito mal aos seus alunos.

- *Você vai prejudicar suas alunas, você faz mal para elas. Você fez mal a uma moça porque ela não quer mais saber de namorar, só quer gostar de mulher* (expressando na voz como o ouvia no sonho).



Explicou que o diabo no sonho era musculoso, forte, com os olhos puxados (repuxa os olhos para mostrar), tinha um jeito de mau. *O diabo não me deixava sair, pegou uma faca e apontou para o meu pescoço:*

*- Você vai morrer, você não pode viver porque faz mal para as moças.*

Isadora guardava ainda muito sentimento de culpa, em relação à homossexualidade. Voltar a ensinar significava retornar ao tema de seus conflitos. Temia ser castigada e não conseguir falar, tal como ocorreu, uma vez, quando abandonou a sala de aula, deixando a bolsa, os livros e foi embora para casa.

Nesta sessão, Isadora nos revelou dois outros episódios que antecederam à sua crise psicótica, que nos mostram como ela vinha construindo o seu delírio antes da crise. Quando o pai esteve internado, uma moça, talvez acompanhante de outro paciente, a levou para a casa dela a fim de que almoçasse e descansasse, enquanto a irmã ficava lhe substituindo no hospital:

*De repente, eu comecei a estranhar a moça, quando ia prá casa dela eu achava que as pessoas riam de mim e que ela dizia que eu era seu namorado. Um dia eu esculhambei a moça. Ela ficou surpresa e me disse que nada disso era verdade.*

*Uma vez eu achei que na escola as pessoas estavam falando de mim, me acusando de “sapatão”. Fui falar com a diretora e ela fez uma reunião e os funcionários disseram que não era verdade. A diretora encerrou a reunião e me disse que eu estava muito doente e precisava me tratar, que eu não poderia continuar assim.*

Durante um longo período de terapia, o tema central do discurso de Isadora foi o relacionamento com a amiga. O afastamento de Clara deixa um profundo sentimento de rejeição e abandono. A paciente sente que perdeu sua referência interior, seu senso de identidade e passou a viver em função da conquista daquela a quem considera como sendo a única que lhe trará de volta o sentido da vida. Não conseguindo o seu intento, Isadora começa a elaborar este luto.

Praticamente não delira, nem ouve vozes, mas refere uma sensação de ficar “*perdida, solta, como se não estivesse pisando no chão*”, principalmente, se encontrasse Clara e esta a olhasse com indiferença.

Após um período de mais de um ano de terapia, Isadora não se lembra tanto de Clara. Neste ínterim, a paciente muda-se do local em que vivia, deixando para trás parte das lembranças da amiga e passa a investir em novas amizades e conquistas. Neste período, conhece a mulher de um teatro ambulante, que apareceu na sua cidade. Isadora sente-se atraída por esta mulher, que lhe propõe “casamento”. Nesta ocasião, Beatriz volta a nos procurar, porque está preocupada com Isadora e nos informa que:

*Ela está nessa doidice com aquela mulher. Ela só quer se aproveitar de minha irmã, porque não tem nem onde cair morta...Ninguém sabe quem é essa mulher, apareceu pela cidade e Isadora está com ela em todo canto. As pessoas estão reparando.*

Convidamos Isadora a refletir sobre as possíveis conseqüências deste relacionamento. Ela nos disse que não teria coragem de assumir o caso. Não gostava de seu jeito de “machona”, “sem feminilidade” Pela primeira vez começou a falar de sua natureza feminina, não sentindo-se como homem quando estava com Clara. Ambas usavam adornos, enfeitavam-se mutuamente. Isadora aprecia roupas íntimas, colares, brincos, anéis, pulseiras. Prefere vestidos e saias, blusas enfeitadas com rendas e botões. Chama a atenção pelo excesso de adereços, como colares de bolas grandes e douradas sobre vestidos estampados e pulseiras extravagantes.

Em pouco tempo, afasta-se daquela mulher. O teatro foi embora da cidade. Isadora muda-se novamente. A casa em que residia não era segura e a vizinhança, violenta. Na nova casa, faz amizades com crianças e ganha uma cadelinha. Esta irá aliviar a solidão da paciente, que passa a cuidá-la com muito

carinho. As crianças vão para a sua casa para brincarem com o animal. Ela tem a idéia de fundar uma biblioteca comunitária com livros de história infantil, aproveitando a presença das crianças em sua casa. Em função do que nos disse a paciente, refletimos, juntas, sobre a possibilidade de dar aulas particulares novamente, a fim de voltar a lecionar. Os primeiros alunos começaram a aparecer. A paciente começa a assegurar-se de que não havia esquecido o que sabia, e fica mais feliz e confiante. Também, passa a se tornar mais solidária e generosa com seus vizinhos, ajudando os mais necessitados. Alguns meses depois, ela é convidada a substituir uma professora no colégio. Fica insegura, achando que pode ficar com a “boca presa” e não conseguir falar aos alunos. Trabalhamos esta sua insegurança. Quando volta a lecionar é convidada a criar projetos para as festividades estudantis: dramatizações, danças, mensagens e outras atividades. É eleita promotora de eventos da Escola.

Algum tempo depois, morre o seu animal de estimação. Isadora sofre porque não tem mais a quem cuidar. Voltam as lembranças de Clara. No entanto, ela tem uma compreensão maior do que levou à separação de ambas, demonstrando que estava mais fortalecida. Isadora volta a assumir suas disciplinas no Colégio em turnos diferentes e sente-se muito grata por ter reconquistado este lado de sua vida, e retribui sua gratidão pelo tratamento, escrevendo mensagens, uma delas destacamos aqui:

*“ `Aquele que me guiou e me mostrou a luz no fim do túnel.  
Sou muito grata por tudo que tem feito por mim nesta  
caminhada. Obrigada.”( Isadora, 20/10/99).*

Tivemos o cuidado de lembrar-lhe que não exagerasse no trabalho e que procurasse alterná-lo com períodos de repouso, para ouvir música, conversar com as pessoas, alimentar-se e dormir bem. Ela é convidada, por um grupo da Igreja

Católica, para fazer um programa numa emissora, na qual faz reflexões sobre temas bíblicos, lê mensagens e depoimentos de graças alcançadas.

No processo terapêutico, em período mais recente, Isadora procura (re)significar a questão de sua identidade sexual que envolve a condição feminina e a maternidade. Deseja engravidar, mas não sabe como fazê-lo porque “tem medo de transar”. Esta problemática aparece numa de suas últimas sessões no ano 2000, após o relato de um “sonho”.

Isadora inicia a sessão, falando dos atuais progressos do seu programa. Contou-nos que tem dado muita atenção aos seus sonhos porque estes servem de inspiração para os seus trabalhos: “*Os sonhos dirigem a minha vida*”. Ela nos diz que se acorda de madrugada, anota as mensagens dos seus sonhos e, na manhã seguinte consulta aquelas anotações e planeja suas aulas e seu programa.

Ela relata que sonhou que deveria criar, no programa, um tema intitulado “Vigiai e Orai”. Perguntamos sobre o significado do tema e ela nos diz que foi inspirada em suas visões com o diabo. Sonhou falando com o diabo que estava com um garfo na mão:

*- Sai, diabo, sai. Aqui tem vigia dia e noite, para que você não tome o lugar de Deus em meu coração. O programa deve ajudar a pessoa a vencer as tentações do demônio, como um vigia, que toma conta de sua casa para que ele não entre.*

O diabo que está dentro de si “*vence algumas batalhas. Às vezes ele ganha. Ele me acompanha há muito tempo*”. Às vezes ele lhe aparece como num sonho e chegou a “vê-lo” no ano passado:

*Não estava dormindo, estava em “alfa”, cochilando. Eu queria sair da cama e não podia. O diabo era um homem de mais ou menos 50 anos, cabelos pretos, olhos pretos, olhar pesado, negativo e dizia:*

*- Isadora, eu sou o diabo, eu vim lhe visitar. Você quer que eu more com você pra sempre. Eu vou lhe dar fama, fortuna e saúde.*

- *Não, diabo, eu quero ficar com Deus (diz ela gaguejando). Pode ir embora da minha casa, do meu coração. O diabo foi embora, sumindo, sumindo...*

Nesta sessão ela voltou a falar de seu desejo de engravidar, nem que fosse por inseminação artificial. Contou-nos que estava morrendo de inveja de uma vizinha adolescente que estava grávida, e nos falou deste desejo, de ficar com a barriga cheia. E comenta:

*Sua riqueza esta aí. O que adianta eu ter uma casa, conforto, mas tenho medo de transar. Por isso não posso ter filhos. Ela não tem nada, é uma pobre coitada, que dorme no chão com o marido, mas não tem medo de transar. Transa todo dia.*

*Eu escuto uma voz me dizendo:*

- *Tem que transar, tem que transar, se quiser se realizar, ser mulher e ter filhos.*

*Queria ter muitos filhos, a mesa cheia de criancinhas na hora da refeição, poder levá-los para o parque... Eu, uma mulher de 34 anos, perdendo para uma menina..*

Este assunto levou Isadora às lembranças sobre o relacionamento dos pais e do ódio do casal parental:

*Minha mãe não gostava do meu pai, ela não lavava as roupas dele. Fazia a comida dele, mas não falava com ele.*

- *Você me contou que seu pai era grosseiro com sua mãe, talvez por isso ela não o amasse.*

- *Então, porque teve 23 filhos com ele?*

- *Provavelmente, para cumprir as funções de esposa. Algumas mulheres, sobretudo da época de sua mãe aceitavam esta condição. Ela pode ter amado o seu pai, mas afastou-se dele porque era maltratada.*

- *Nenhuma mulher da minha casa teve sorte com os homens, todas as minhas irmãs foram infelizes.*

- Por isso você prefere ter um filho sem o pai. E como seria quando o seu filho perguntasse pelo pai? O seu filho vai querer ter um pai e esse pai precisa também ser desejado por você, amado por você.

- *Eu não gosto de homem.*

Durante algum tempo, tivemos dificuldade de aceitar o discurso de Isadora à respeito dos homens. Compreendemos que somente uma experiência suficientemente prazerosa e significativa com o homem reverteria aquele conceito negativo da paciente.

Quando voltavam as lembranças de seu relacionamento com Clara, Isadora não compreendia o preconceito das pessoas pelos homossexuais. Queria andar de mãos dadas na rua com ela, como fazem os namorados. Esclarecemos que isso não era uma coisa impossível, que havia lugares onde a homossexualidade era tratada com menos tabu e preconceito, mas que na sua cidade era diferente. Inclusive, ela tinha muito preconceito também, senão, ao contrário, não estaria passando por todo este drama. Ao indagarmos, se ela teria coragem de sair pela ruas de sua cidade, apresentando Clara como sua namorada, ela respondeu negativamente: *“Deus me livre! Ninguém ia aceitar, eu ia ser a pessoa mais falada da cidade. Por isso eu queria vir morar aqui em Recife, porque aqui as pessoas não me conhecem, e se falassem, eu nem ligaria”*.

Procuramos ajudar Isadora a compreender que, enquanto ela se visse como pessoa má, que merecia ser punida, por estar atraída por outra mulher, o seu preconceito seria destrutivo e que em nenhum lugar do mundo ela poderia ser feliz. Por outro lado, que ela não precisaria tornar o seu romance público. Que o seu romance com Clara começou a ficar ameaçado, porque ela havia ficado doente e movida pela culpa, passou a revelar para todos o que acontecia entre elas, ao mesmo tempo em que também passou a “chantagiar” Clara com

ameaças, o que fez com que ela se afastasse. Isadora não compreendia que Clara temia que o pai e os irmãos descobrissem, porque estes últimos eram muito violentos, e não aceitavam a homossexualidade. Clara passou a vestir-se de maneira insinuante e arranjou um namorado. Disse para a paciente que queria tentar ser mulher, namorar, casar, ter filhos. Isadora não suportava a idéia de saber que Clara estaria “transando” com um homem: *“Como ela teria coragem?. Isso prá mim é a morte”*.

Isadora quando se depara com alguma amiga, que está namorando ou está grávida, se vê diante da necessidade de afirmar-se sexualmente, de responder à Demanda de ser mulher, e apenas consegue fazê-la recorrendo à sua teoria delirante.

Nas últimas sessões que acompanharam o término desta pesquisa a paciente falou de seu descontentamento e da inveja das amigas: *“Elas podem comprar coisas boas para suas casas e eu não, porque gasto muito dinheiro com o meu tratamento”*. Procuramos fazer com que ela perceba que o seu investimento não está sendo em vão, porque está conquistando muitas coisas desde que ficou doente, resgatando sua vida, seu emprego e conquistado novas amizades.

### 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho, no qual propomos que a intervenção psicológica deve ser realizada desde o início da primeira crise psicótica, espera ter contribuído, através de seu Estudo de Caso, para mostrar como este procedimento é importante a fim de que o paciente possa resgatar a sua dignidade junto aos familiares e amigos, retomando as suas atividades em condições mais favoráveis. A paciente Isadora foi submetida a tratamento psiquiátrico e psicológico de inspiração psicanalítica desde o início da crise e não precisou de internamento psiquiátrico. Durante a intervenção, ela pôde constituir uma metáfora delirante, em torno de um conjunto de significantes, os quais estão nos ajudando a compreender a natureza de sua problemática psíquica.

A intervenção psicológica foi realizada em sessões freqüentes com a paciente, nas quais procuramos escutar e compreender o que ela queria comunicar no momento da crise. Durante o percurso da pesquisa, procuramos compor os seus dados para responder ao questionamento:

*Qual o sentido e a importância da intervenção psicológica junto a um paciente que, submetido a fortes exigências internas e externas, desencadeia, pela primeira vez, uma crise com sintomas psicóticos?*

Partindo da hipótese de que estávamos diante de uma estrutura com características paranóicas, embora não tenha sido nosso propósito determo-nos na discussão da questão do diagnóstico, acreditamos que a paciente demonstrava sintomas típicos de um surto psicótico de natureza paranóica. Concluímos que o que ocorreu com nossa paciente, ao submeter-se ao tratamento que aqui apresentamos, foi uma reorganização de seu funcionamento psíquico.



É, sem dúvida, precipitado formular um diagnóstico no momento de uma crise, baseado-nos simplesmente nos sintomas. Somente durante o processo terapêutico poderá o terapeuta compreender o que realmente se passou com o paciente, a fim de assegurar-se de um diagnóstico estrutural. Este modo de atuação permite observar como o sujeito consegue fazer suas amarrações em busca de uma saída para a solução de seus conflitos.

A intervenção psicológica realizada durante a crise permitiu um maior acesso ao mundo interno da paciente, que, ao longo do processo terapêutico, pôde retomar a realidade, formando compensações que melhoraram o seu sistema de defesa ao aceitar a sua doença. Conseguiu fazer novos investimentos objetais, constituindo laços afetivos, e, passou a manter uma relação mais saudável com a angústia, decorrente de seus conflitos psíquicos. Voltou a ensinar e está trabalhando numa comunidade religiosa.

Em seu delírio, Isadora expressa a culpa por um desejo impossível de ser realizado, formando uma série de sintomas em torno de uma defesa que denuncia a incapacidade de seu ego de lidar com uma situação de extremo desamparo. Neste estudo de caso, na personagem protagonizada por Isadora tem lugar de destaque a instância interna, que separada de seu ego, a observava e a ameaçava de punição. Esta instância superegóica por estar deslocada, apresenta-se, sob a forma de delírios, nos quais o “demônio” (censor interno desligado do ego), lhe aparece em alucinações auditivas e visuais, ou em sonhos, ameaçando-a de morte, condenando-a por suas práticas homossexuais. Isadora fala-nos de seu conflito de identidade, expresso pelo relato dos jogos sexuais com a amiga e da dificuldade de manter relacionamento sexual com um homem.

A paciente faz parte de uma família numerosa e foi concebida numa relação marcada pelo desamor e o ressentimento, na qual a mãe, em seu

discurso fala de um marido que não amava e que a tratava agressivamente, levando-nos a supor que seria forçada a manter relações com o ele apenas para cumprir suas funções de esposa.

A relação afetiva deste casal parental, mantida pelo conflito entre o desejo e o ódio, influenciou a formação de uma família com uma série de problemas, inclusive alcoolismo e transtornos da personalidade. Nesta família, a filha caçula, nossa protagonista, tenta se destacar como a melhor e procura compensar sua carência afetiva, voltando-se para pessoas do mesmo sexo. Mas, é tomada por um forte sentimento de culpa, desencadeando um surto psicótico de natureza paranóica, após a morte do pai. Este episódio irá modificar toda a sua vida.

Isadora adoece em função da incapacidade de lidar com seus conflitos em relação aos pais e pela culpa de seu relacionamento com uma ex-aluna, pela qual apaixonou-se perdidamente, procurando, inconscientemente, resgatar a primitiva relação com a mãe. Esta como porta-voz do discurso, fala de um pai que não pode ser reconhecido como agente da relação, que deve ser odiado, em vez de amado. O discurso da mãe confunde Isadora, porque tem no pai a figura de alguém submisso e amoroso para com os filhos. Na última sessão de nossa pesquisa, ela fala dos pais:

*[...] Meu pai era louco pela minha mãe e tinha muito ciúme dela. Dava carinho aos filhos, contava histórias, cantava pra gente dormir. Minha mãe só queria “encher” a barriga dos filhos.*

Esta fala de Isadora demonstra o quanto é sugestivo o que Aulagnier (1979a) escreveu sobre o “desejo de maternidade”. A mãe, inconscientemente, por não conseguir transmitir o desejo de ter filho e reconhecer o desejo pelo marido, substitui este desejo por um “desejo de maternidade”. Este desejo reflete

a conduta exagerada da mãe do psicótico nos cuidados com a higiene e a alimentação do filho.

A crise de Isadora apresentou-se sob a forma de alucinação visual e auditiva de um demônio ameaçador e punitivo, que “fala” no Real. Ao construir a sua metáfora delirante, cria uma teoria baseada no representante medo de ficar “esburacada”, se vier a manter relação sexual com um homem. Estabelecendo relação sexual com uma igual, pode proteger-se desta ameaça, mas não satisfaz o seu desejo proibido de ser possuída quando diz: *“Com outra mulher não considero que há uma relação. Quando acaba eu fico inteira. Mulher é suave, não machuca”*.

A figura do demônio, no delírio, constitui-se o representante da Lei, que forcluído, irá tomar o lugar de um superego ameaçador e punitivo, que exige de Isadora o cumprimento desta lei: ser mulher, “transar” com um homem e ter filhos. Por não cumprir esta exigência, este censor externo (superego), pune-a severamente pela degradação moral (todos estão falando dela), e a condena à morte (*“Isadora, sapatão safada, você fez mal a uma moça e deve morrer”*).

Quando Isadora começou a falar de suas tendências e da relação amorosa com a amiga, o delírio deu lugar aos sonhos com o “demônio”. Estes foram trabalhados na terapia, fazendo com que ela não se sentisse mais tão perseguida e censurada.

A gravidez de uma vizinha, ainda adolescente, motiva Isadora pelo desejo de maternidade, de ter a barriga cheia e a invejá-la, como se fosse um homem, que jamais pudesse gerar um filho. Sua inveja confunde-se com o ciúme que sente pela jovem, que escolheu o marido e não a ela – um sujeito castrado. Para tornar-se mãe, Isadora encontra um impedimento - a presença da figura

masculina, conflito para o qual ela encontra uma saída: a proveta. Quer ter filhos, mas não quer ter um marido.

A intervenção psicológica realizada na primeira crise psicótica pôde evitar o internamento de nossa paciente e vem ajudando a mesma a reconstruir a sua experiência interior, alterada pelos efeitos da crise psicótica. Compreendemos que, construindo uma metáfora, projetou, no Real, aquilo que não podia simbolizar internamente. Ao apelar para um perseguidor, conseguiu falar de sua culpa pelos atos moralmente condenados. Ao mesmo tempo, vem tentando compreender a história de sua origem, para, de algum modo, constituir a sua filiação e a sua identidade sexual.

A leitura interpretativa dos dados foi realizada pelo delineamento da intervenção, segundo a qual pudemos avaliar uma mudança significativa no comportamento psicológico da paciente, após a primeira crise e durante o tratamento psicológico.

Acreditamos que o nosso estudo, que teve como referência teórica, as contribuições da Psicanálise freudiana e lacaniana, possibilitou reflexões teóricas no campo do saber psicológico, em torno da psicoterapia de orientação psicanalítica, como recurso de tratamento ao sujeito em crise psicótica. Mas, reconhecemos que este campo é cheio de mistérios, o que convida o pesquisador a continuar.

#### 4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AULAGNIER, P., KATZ, C., LECLAIRE, S., MANNONI, SAFOUAN, M. Psicose: Uma Leitura Psicanalítica. Minas Gerais: Interlivros, 1979.
- \_\_\_\_\_. A Violência da Interpretação: Do Pictograma ao Enunciado. Rio de Janeiro: Imago, 1979a.
- \_\_\_\_\_. Os Destinos do Prazer: Alienação, Amor, Paixão. Rio de Janeiro: Imago, 1985.
- \_\_\_\_\_. Um Intérprete em Busca do Sentido – II. São Paulo: Escuta, 1990.
- BERGERET, J. Psicologia Patológica. Rio de Janeiro: Masson, 1983.
- BOGDAN, R. C. & BIKLEN, S. K. Investigação Qualitativa em Educação. Portugal: Porto Editora, 1994.
- CALLIGARIS, C. Introdução a uma Clínica Diferencial das Psicoses. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
- CÓDIGO DE ÉTICA DOS PSICÓLOGOS. Psicologia – Legislação. Brasília: C.F.P., 1999 - Vol. 8(XI): 181.
- CORDIOLI, A. V. Avaliação de Pacientes em Psicoterapia de Orientação Analítica. In: CLÁUDIO EIZIRIK (Eds ). Psicoterapia de Orientação Analítica: Teoria e Prática. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989: 49-61.
- COSTA, J. F. A Questão Psicanalítica da Identidade Sexual. In: ROBERTO B.GRAÑA (Org.). Homossexualidade: Formulações Psicanalíticas Atuais. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998: 15-27.
- DOR, J. Estruturas e Clínica Psicanalítica. Rio de Janeiro: Taurus-Timbre, 1991.

FOUCAULT, M. *História da loucura*. São Paulo: Perspectiva S.A., 1991.

FREUD, S. (1905). Três Ensaio Sobre a Sexualidade. *E.S.B., Vol. XII*. Rio de Janeiro: Imago, 1980: 177-212, 228-237.

\_\_\_\_\_. (1911-1913). O Caso Schreber. Artigos sobre Técnica e Outros Trabalhos. *E.S.B., Vol. XII*. Rio de Janeiro: Imago, 1980: 23-104.

\_\_\_\_\_. (1913). Totem e Tabu. *E.S.B., Vol. XIII*. Rio de Janeiro: Imago, 1980: 20-191.

\_\_\_\_\_. (1914). Sobre o Narcisismo: Uma Introdução. *E.S.B., Vol. XIII*. Rio de Janeiro: Imago, 1980: 82-119.

\_\_\_\_\_. (1920). A Psicogênese de um Caso de Homossexualismo numa Mulher. *E.S.B., Vol. XVIII*. Rio de Janeiro: Imago, 1980: 185-212.

\_\_\_\_\_. (1922). Alguns Mecanismos Neuróticos no Ciúme, na Paranóia e no Homossexualismo. *E.S.B., Vol. XVIII*. Rio de Janeiro: Imago, 1980: 271-281.

\_\_\_\_\_. (1933a). Conferência XXXI - A Dissecção da Personalidade Psíquica. *E.S.B., Vol. XXII*. Rio de Janeiro: Imago, 1980:75-102.

\_\_\_\_\_. (1933b). Conferência XXXIII – Feminilidade. *E.S.B., Vol. XXII*. Rio de Janeiro: Imago, 1980: 139-165.

LACAN, J. *Da Psicose Paranóica em suas Relações com a Personalidade*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1987.

\_\_\_\_\_. *O Seminário. Livro III. As Psicoses*. (1955-1956). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.

LACAN, J. (1901-1981). *Escritos* Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

LEMAIRE, A. *Jacques Lacan - Uma Introdução*. Rio de Janeiro: Campus, 1982.

LÜDKE, M. & ANDRÉ, M. Pesquisa em Educação: Abordagens Qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

ROSITO, C. A. M. Sobre a Homossexualidade na Mulher: a Busca de um Olhar Feminino. In: ROBERTO B. GRAÑA (Org.). Homossexualidade: Formulações Psicanalíticas Atuais. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998: 129-145.

SOBRINHO, O. S. A Função da Mãe. In: AURÉLIO SOUZA FILHO (Org.). A Clínica da Psicose. São Paulo, Papyrus: 1988: 47- 49.

SOUZA FILHO, A., CHECCHINATO, D., SOBRINHO, O., STEFFEN, R. A Clínica da Psicose. São Paulo, Papyrus: 1988.

STERIAN, A. Emergências Psiquiátricas: Uma Abordagem Psicanalítica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

## 5. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- AMATUZZI, M. *Pesquisa Psicanalítica e a Pesquisa do Humano*. São Paulo: U.S.P, PCCAMP [1989].
- BALLOBE, G. J. Psicoses. Site PsiquWeb - *Psiquiatria Clínica Didática para Pesquisas e Consultas*. Universidade Estadual de Campinas. Núcleo Estadual de Informática Biomédica. Campinas: 2000, (site da Internet <http://server.epub.org.br/cm/n10/doencas/psicoses.html> – impresso).
- \_\_\_\_\_. Psicoses. Site PsiquWeb – *Psiquiatria Geral*. Campinas: 2000, (site da Internet <http://www.psiqweb.med.br/psicoses.html> – impresso).
- BARNES, M. & BERKE, J. *Viagem Através da Loucura*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1983.
- BELMAR, O. Psicoses: Psicoterapia Lacaniana. 1999. Site da Internet <http://www.argo.com.br/~honorato/psicoses.html> – impresso.
- BERLINCK, M. T. O que é Psicopatologia Fundamental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. Vol. I – nº I, São Paulo: 1998: 46-59.
- CERVO, A .L. & BERVIAN, P.A. *Metodologia Científica*. São Paulo: Mc Graw-Hill do Brasil, 1983.
- COLEMAN, J. C. *A Psicologia do Anormal e a Vida Contemporânea*. Vol. I. São Paulo: Pioneira, 1973.
- COSTA, J. F. O Mito Psicanalítico do Desamparo. *Fórum de Psicanálise*. Recife: 2000. Site do Fórum <file:///D:/vforum/84.html> – impresso.
- CHECCHINATO, D. A. A Paranóia do Dr. Schereber segundo Sigmund Freud. In: AURÉLIO SOUSA FILHO (Org.). *A Clínica das Psicoses* . Campinas: Papirus, 1988: 21-35.



- CROWCROFT, A. O Psicótico - Compreensão da Loucura. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.
- DELGADO, J. M. F. A Loucura na Sala de Jantar. São Paulo: Resenha, 1991.
- DEWALD, P. Psicoterapia: Uma Abordagem Dinâmica. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.
- DE WAELHENS, A. A Psicose – Ensaio de Interpretação Analítica e Existencial. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991.
- EISIRIK, C. [et col.] Psicoterapia de Orientação Analítica: Teoria e Prática. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
- ENGEL, M. D. M. Psychoanalysis and Psychosis: The Contribution of Edward Kempf. Journal of The American Academy of Psychoanalysis. Vol. 18(1): Georgetow: 1990: 167-184.
- FIGUEIRA, S. A. Sociedade e Doença Mental. Rio de Janeiro: Campus, 1978.
- FIORINI, H. J. Teoria e Técnicas de Psicoterapias. Rio de Janeiro: F. Alves, 1982.
- FOUCAULT, M. História da Loucura. São Paulo: Perspectiva S.A, 1991.
- FOUDRAINE, J. Quem é de Pedra? Um Novo Caminho para a Psiquiatria. Belo Horizonte: Interlivros, 1976.
- FREIRE, J. M. G. Possibilidades da Clínica Psicanalítica no Tratamento das Psicoses. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental. Vol. I – nº 4, 1998: 55-73.
- FREUD, S. Um Caso de Paranóia que Contraria a Teoria Psicanalítica da Doença. (1915) E.S.B, Vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1980: 297-307.

- GAUDERER, C. Os Direitos do Paciente: Cidadania na Saúde. Rio de Janeiro: Record, 1998.
- GREEN, A. O Discurso Vivo. A Conceituação Psicanalítica do Afeto. Rio de Janeiro: F. Alves, 1982.
- HALL, L. Teorias da Personalidade. São Paulo: Herder, 1973.
- HELSINGER, A. L. Estudo para uma Proposta de Tratamento Alternativo com Pacientes Psicóticos. Exemplo Clínico. Jornal Brasileiro de Psiquiatria. Vol. 31(4): Rio de Janeiro: Científica Nacional, 1982: 269-274.
- \_\_\_\_\_. Tratamento de Paciente Psicótico em seu Meio. 3º Exemplo Clínico Jornal Brasileiro de Psiquiatria. Vol. 32 (3): Rio de Janeiro, 1983: 191-194.
- HERNANDEZ, A. M. El Acompañamiento Terapéutico: Una Intervención dentro de la Clínica Psicoanalítica de las Psicosis. Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental. Vol. I . nº 4. São Paulo:1998: 131-146.
- HESNARD, A. De Freud a Lacan. Barcelona: Martinez Roca, 1976.
- JACCARD, R. A Loucura. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1981.
- LAINING, R. D. O Eu Dividido. Petrópolis: Vozes, 1978.
- \_\_\_\_\_. A Política da Experiência e a Ave-do-Paraíso. Petrópolis: Vozes, 1978.
- LAKATOS, E. M. & MARCONI, M. A. Metodologia do Trabalho Científico: Procedimentos Básicos, Pesquisa Bibliográfica, Projeto e Trabalhos Científicos. São Paulo: Atlas, 1990.
- LEBOVICI, Serge. Sentimentos de Culpa na Criança e no Adulto. Rio de Janeiro: Eldorado, 1971.

- MARTINEZ, M. Comportamiento Humano – Nuevos Métodos de Investigación. México: Trillas, 1989. ( reimp. 1994), Cap. 7.
- MOFFATT, A. Psicoterapia do Oprimido. São Paulo: Cortez, 1981.
- NASIO, J. D. Lições Sobre os Sete Conceitos Cruciais da Psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991.
- \_\_\_\_\_. A Histeria: Teoria e Clínica Psicanalítica. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991.
- PERES, U. T. O Desamparo do Homem Contemporâneo. Fórum de Psicanálise. Recife, 2000, site do Fórum <file:///D:/vforum/86.html> – impresso.
- QUIVY, R. Manual de Investigação em Ciências Sociais. São Paulo: Trajetos, 1990.
- ROCHA, Z. Freud : Aproximações. Recife: UFPE, 1993.
- \_\_\_\_\_. Narcisismo: Abordagem Freudiana. IV Congresso do Círculo Brasileiro de Psicanálise. Salvador, 1981. (Texto mimeografado).
- SANTOS, N. S., FIDELIS de ALMEIDA, P., VENÂNCIO, A. T., DELGADO, P. G., A Autonomia do Sujeito Psicótico no Contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Psicologia Ciência e Profissão. Brasília, 2000, 20(4), 46-53.
- SCOTTI, S. Psicose, ou o Desamparo Diante do Outro. Fórum de Psicanálise, Recife, 2000. Site do Fórum, <file:///D:/vforum/23.html> – impresso.
- SILVA, S. A. de A. & SOUGEY, E. B. Paralisia Geral Progressiva com Características Esquizofrênicas: Relato de um Caso. Revista de Neurologia, Psiquiatria e Neurocirurgia. Recife, 1997. Vol. 60 (3) jul./set. Casos Clínicos - Site da Internet <http://www.hospvirt.org.br/psiquitria/port/casos/pgp.html> – impresso.

- SIMANKE, R. T. Lacan: Subjetividade e Psicose. *Discurso*. (23), 1994: 149-175.
- SZASZ, T. *A Fabricação da Loucura*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
- TAVARES, M. O. O Papel do Clínico-Pesquisador para o Desenvolvimento da Psicologia Clínica. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. Porto Alegre: Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, 1995 – Vol. 8 (2): 169-180.
- VAN DEN BERG, J. H. *O Paciente Psiquiátrico. Esboço de Psicopatologia Fenomenológica*. São Paulo: Mestre Jou, 1973.
- VILLARES, C. C., NATEL, M. T., RIBEIRO, I. B. Conversando com Familiares sobre Esquizofrenia. *Seminários Informativos sobre a Esquizofrenia*. Programa de Esquizofrenia do Departamento de Psiquiatria da UNIFESP – EPM, 1999. Site da Internet <http://www.polbrmed.br/esq0599.html> – impresso.
- WOLMAN, B. B. (Org.). *Técnicas Psicanalíticas – 2: Freudianos e Neo - Freudianos*. Rio de Janeiro: Imago, 1976.
- ZARO, J. S. [et alli]. *Introdução à Prática Psicoterapêutica*. São Paulo: EPU: Editora da Universidade de São Paulo, 1980.