

**FACULDADES INTEGRADAS DE CIÊNCIAS HUMANAS, SAÚDE E  
EDUCAÇÃO DE GUARULHOS**

---

**CARLOS EDUARDO DE HOLANDA SILVA**

**DELÍRIOS E ALUCINAÇÕES NA ESQUIZOFRENIA:**

Uma abordagem psicanalítica

---

GUARULHOS

2021

**CARLOS EDUARDO DE HOLANDA SILVA**

**DELÍRIOS E ALUCINAÇÕES NA ESQUIZOFRENIA:**

Uma abordagem psicanalítica

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Psicologia das Faculdades Integradas de Ciências Humanas, Saúde e Educação de Guarulhos.

Orientador: Prof.<sup>a</sup> Me. Cristina Harumi SumitaTakahashi.

---

GUARULHOS

2021

**CARLOS EDUARDO DE HOLANDA SILVA**

**DELÍRIOS E ALUCINAÇÕES NA ESQUIZOFRENIA:**

Uma abordagem psicanalítica

---

Orientadora: Me. Cristina Harumi Takahashi  
Faculdades Guarulhos

---

Banca Examinadora: Me. Marcus Vinicius F.  
Lopes  
Faculdades Guarulhos

---

Banca Examinadora: Dr<sup>o</sup> Paula Cavalcante  
Faculdades Guarulhos

---

GUARULHOS

2021

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente agradeço a Deus e toda a espiritualidade, por ter chego até aqui em meio tantas as dificuldades no decorrer do caminho.

Agradeço aos meus pais por sempre me apoiarem no decorrer de toda a graduação e sempre me motivar a continuar, em momentos que pensei em desistir.

Agradeço aos meus irmãos por sempre estarem ao meu lado nessa jornada e sempre me motivando a continuar.

Agradeço ao meu companheiro Junior Cavalcanti, pois quando pensei em desistir ele me motivou a continuar.

Agradeço a minha amiga Rose, que sempre me motivou nos estudos e por ter me ajudado a chegar até aqui.

Agradeço as minhas Amigas de graduação Géssica, Viviane, Tamires por sempre estarem ao meu lado nessa jornada, mesmo nos momentos de desespero sempre estávamos juntos.

Agradeço minha orientadora Cristina Harumi por ter toda a paciência de me orientar e ser uma inspiração profissionalmente.

Agradeço aos professores Marcus Vinícius e Paula Cavalcante, por ter lido meu trabalho e ter feito as considerações, pois são dois professores que admiro muito como profissional.

“Não corro como corria, nem salto como saltava,  
mas vejo mais do que via e sonho mais que  
sonhava”

Agostinho da Silva

## RESUMO

Esta pesquisa abrange os estudos e a investigação de como a psicanálise vem estudando os sintomas na esquizofrenia e suas terapêuticas como proposta de restabelecer ao paciente o contato com a realidade para uma vida saudável e de qualidade. Segundo a Organização Mundial de Saúde- OMS, a esquizofrenia é uma doença que atinge cerca de 1% de população mundial, ou seja, aproximadamente 70 milhões de pessoas em todo o mundo. As características mais notáveis dessa doença psiquiátrica são as alucinações e delírios, tal qual perturbações de afeto e de emoções. (OMS, 2000). Segundo o dicionário da psicanálise, a Esquizofrenia é definida como uma psicose, é um termo que foi substituído o vocábulo da loucura e define os doentes da alma numa perspectiva psiquiátrica. (ROUDINESCO, 1944). As psicoses implicam em um processo deteriorativo das funções do ego, e em graus variáveis, pode ocorrer sério prejuízo no contato com a realidade. (MORAIS, 2006 apud ZIMERMAN, 1999). Autores como Karlin, Shirakawa, Almasan e Gimenez, destacam que não é possível de acontecer a relação transferencial, isto é, o paciente não se vincula com o analista, pois ele se apresenta como um ego fragmentado (em partes), no entanto, é possível a realização de tratamento junto com a farmacologia. Conclui-se que através dos estudos da psicanálise, o psicótico, não passou pelo processo de castração e considera ser uma doença tratável, contrariamente às afirmações de Freud que enxergava esses sintomas como um mecanismo para ocultar os desejos inconscientes, tendo, então, como efeito o desligamento da realidade externa, enfatizando, ainda, de que os sintomas psicóticos era algo intratável.

**Palavras chave:** Alucinações e delírios, psicanálise e esquizofrenia, psicoses.

## ABSTRACT

This research encompasses the studies and investigation of how psychoanalysis has been studying the symptoms in schizophrenia and its therapies as a proposal to reestablish the patient's contact with reality for a healthy and quality life. According to the World Health Organization-WHO, schizophrenia is a disease that affects about 1% of the world population, that is, approximately 70 million people worldwide. The most notable features of this psychiatric illness are hallucinations and delusions, as well as disturbances of affect and emotions. (WHO, 2000). According to the psychoanalytic dictionary, Schizophrenia is defined as a psychosis, it is a term that has replaced the word madness and defines the sick of the soul in a psychiatric perspective. (ROUDINESCO, 1944). Psychoses imply a deteriorating process of the ego's functions, and in varying degrees, serious damage can occur in contact with reality. (MORAIS, 2006 apud ZIMERMAN, 1999). Authors such as Karlin, Shirakawa, Almasan and Gimenez emphasize that the transference relationship cannot happen, that is, the patient is not linked with the analyst, as he presents himself as a fragmented ego (in parts), however, it is possible to carry out treatment together with pharmacology. It is concluded that through psychoanalytic studies, the psychotic did not go through the castration process and considers it to be a treatable disease, contrary to Freud's statements that he saw these symptoms as a mechanism to hide unconscious desires, thus having the effect of the disconnection from external reality, emphasizing, further, that psychotic symptoms were intractable.

**Keywords:** Hallucinations and delusions, psychoanalysis and schizophrenia, psychoses.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	7
2. OBJETIVOS.....	9
2.1. Objetivo Geral: .....	9
2.2. Objetivos específicos:.....	9
3. REVISÃO DE LITERATURA .....	10
3.1. A compreensão da esquizofrenia.....	10
3.1.1. Compreendendo a Esquizofrenia ea origem da palavra.....	10
3.1.2. Um pouco mais sobre a esquizofrenia, e agora nosograficamente .....	13
3.1.3. Apresentando os tipos de Esquizofrenia .....	14
3.1.4. Atuação da saúde pública no Brasil sobre esquizofrenia.....	15
3.1.5. Falando um pouco mais sobre o Centro de atenção psicossocial - CAPS .....	17
3.1.6. O dia da consciência sobre Esquizofrenia no Brasil.....	18
4. SOB A PERSPECTIVA DA PSICANALISE .....	21
4.1. Delírios e alucinações .....	21
4.2. Compreender quem é o paciente esquizofrênico, segundo a abordagem psicanalítica .	22
4.3. Caso Schreber, por onde tudo começou .....	23
4.4. Esquizofrenia em Psicanaliseé definida como uma psicose.....	26
4.5. Para explicar um pouco mais sobre o termo – Psicose.....	28
5. ESQUIZOFRENIA E TERAPÊUTICAS .....	29
5.1. Abordagens psicossociais.....	30
5.2. Farmacologia .....	30
5.3. Psicoterapias .....	30
5.4. Psicoterapia de Grupo.....	30
5.5. Grupos de autoajuda .....	30
5.6. Orientação familiar .....	31
5.7. Tratamento Hospitalar .....	31
5.8. A terapêutica, segundo a psicanalise .....	31
6. QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE MENTAL DOS PACIENTES COM DIAGNOSTICO DE ESQUIZOFRÊNICOS. ....	35
7. MATERIAL E MÉTODOS .....	36
8. ANÁLISE E DISCUSSÃO .....	37
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	40
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	42



## 1. INTRODUÇÃO

Em contato com uma pessoa diagnosticada com esquizofrenia, o pesquisador percebeu que suas alucinações e delírios eram constantes. As tentativas de suicídio também eram frequentes, ela achava que tinha "asas de anjos" e assim poderia voar. Quanto aos seus delírios e as alucinações pareciam que ela não tinha dúvida do que enxergava, de que tudo era tratado como uma verdade absoluta. Isto é, não abria se quer dúvidas acerca de suas asas de anjo que cresciam e uma voz imaginária dando forças e incentivando para que ela voasse. Naquela época as pessoas que estavam ligadas diretamente a esta paciente tiveram um desgaste emocional intenso, por não entenderem sobre o transtorno, pensando ser uma atitude de "frescura", ou ter alguma relação com uso de drogas. Pois seus familiares, dos quais uma parte eram religiosas acreditavam que aqueles sintomas só teriam melhora, se a levassem num templo de suas igrejas.

Esse contato foi crucial para que o pesquisador pudesse interessar-se, primeiramente, pelo curso de psicologia e aqui, no trabalho de conclusão de curso, procurando entender sobre esse transtorno que afeta várias pessoas de seu entorno, além de serem isolados do convívio familiar. Observando os sintomas dessa estrutura psíquica- a psicose, o pesquisador interessou-se por esse estudo a investigar como a psicanálise vem estudando os sintomas na esquizofrenia e suas terapêuticas como proposta de restabelecer ao paciente o contato com a realidade para uma vida saudável e de qualidade.

A esquizofrenia, denominada anteriormente por Emil Kraepelin (1856-1926) como *Demência precoce*, está presente na história da humanidade desde o século XIX e possuía este nome, pois se expressava no início da vida com alguns sintomas presentes, tais como: alucinações, delírios e dificuldades de concentração. E em relação a este tema, surge o seguinte problema de pesquisa.

Os primeiros sinais e sintomas da doença aparecem mais frequentemente durante a adolescência ou início da idade adulta, incluindo perda de energia, iniciativa e interesses, humor depressivo, isolamento, comportamento inadequado (SILVA, 2006). Segundo Morais (2006), o que está comprometido é a percepção da realidade, resultante da utilização maciça de mecanismos de defesa, estando por trás dos aparecimentos dos sintomas.

Os sintomas da esquizofrenia, como a alucinação e o delírio para Freud tem um sentido que é diferente para Lacan. Segundo Freud, a gênese dos delírios se encontra aplicado como um remendo no lugar em que originalmente uma fenda apareceu na relação do ego com o mundo externo. Se essa precondição de um conflito com o mundo externo não nos é muito mais observável do que atualmente acontece, isso se deve ao fato de que, no quadro clínico da

psicose, as manifestações do processo patogênico, para o autor são muitas vezes recobertas por manifestações de uma tentativa de uma reconstrução do ego. (FREUD, 1923, p.90). Já em Lacan, que estudou a partir da autobiografia do caso Schreber (1913) introduziu um novo conceito, nomeado por ele de forclusão. Para designar um mecanismo específico da psicose, nos apresentando a origem da estrutura psicótica, diferenciando a partir da clínica da neurose em Freud (LACAN, 2004).

Esses pacientes com esquizofrenia buscam por uma qualidade de vida melhor em seus tratamentos, essa qualidade de vida é a da percepção que esse paciente que sofre desse transtorno tem acerca na sua posição de vida, assim se inserindo em contexto dos sintomas de cultura e valores, assim tendo então a relação aos seus objetivos, esperanças e suas preocupações referentes aquela doença. (Sousa *et al.* 2017).

A esquizofrenia tem uma predisposição genética que requer ativação intrapsíquica e interpessoal, ele considera também que os fatores ambientais e psicológicos têm considerável importância no desenvolvimento da esquizofrenia. Afirmando ainda que 10% desses pacientes são capazes de ter sucesso numa abordagem de tratamento, utilizando apenas medicação antipsicótica e hospitalização breve, sendo assim os 90% necessitam de abordagens de tratamento de orientação, que inclui a farmacologia dinâmica, terapia individual, terapia de grupo, abordagens familiares e tratamento hospitalar de orientação. (Almasan e Gimenes, 2006)

Conclui-se que a esquizofrenia é um transtorno cujo os pacientes são privados do convívio social por terem seus transtornos constantes e incuráveis. Vivem sua própria realidade acreditando naquilo que está vendo e ouvindo. O papel da família é importante no restabelecimento do mesmo com a sociedade, e é ela quem irá ampará-lo e auxiliar no seu tratamento. Os sintomas presentes são: pensamento desorganizados (delírios) e na percepção (alucinação), e não há dúvidas naquilo que está a sua frente. Para o controle desses surtos é preciso uma equipe interdisciplinar, a fim de proporcionar um tratamento necessário e amenizar esses surtos, promovendo então uma qualidade de vida. A partir da leitura do Seminário 3 de Jacques Lacan, podemos então afirmar que através da psicanálise, o psicótico, não passou pelo processo de castração e considera ser uma doença tratável, contrariamente às afirmações de Freud que enxergava esses sintomas como um mecanismo para ocultar os desejos inconscientes, tendo, então, como efeito o desligamento da realidade externa, enfatizando ainda de que os sintomas psicóticos era algo intratável.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo Geral:**

Compreender como a psicanálise vem estudando os sintomas na esquizofrenia e suas terapêuticas como proposta de restabelecer ao paciente o contato com a realidade para uma vida saudável e de qualidade.

### **2.2. Objetivos específicos:**

Para buscar responder às perguntas de nossa pesquisa, compreendemos inserir no objetivo específico, com o propósito, também, de um trabalho apurado de revisão de literatura, os seguintes pontos:

- Compreender a esquizofrenia – em seu sentido Nosográfico;
- Subtipos de esquizofrenia;
- Compreender o estudo da esquizofrenia a partir dos sintomas da alucinação e delírios em psicanálise;
- Atuação da saúde pública no Brasil sobre esquizofrenia
- Investigar algumas terapêuticas existentes, na abordagem psicanalítica;
- Compreender quem é o paciente para a psicanálise, com sintomas de esquizofrenia;
- Relato de um caso de esquizofrenia;
- Pesquisar sobre qualidade de vida e saúde mental para os pacientes com o diagnóstico de esquizofrenia.

### 3. REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1. A compreensão da esquizofrenia

##### 3.1.1. Compreendendo a Esquizofrenia e a origem da palavra

A esquizofrenia afeta cerca de 24 milhões de pessoas em todo o mundo, com maior incidência nos países desenvolvidos. É considerada pela Organização Mundial de Saúde –OMS (2009) como uma das dez doenças mais debilitantes que afeta os seres humanos. De acordo com o CID-10 (1993) A esquizofrenia é caracterizada por distorções do pensamento (delírios) e da percepção (alucinação) e por embotamento afetivo ou afetos inapropriados, ou seja, esse indivíduo se apresenta com dificuldades em expressar emoções e sentimentos. Desenvolvendo alguns déficits cognitivos ao longo do tempo.

Os fenômenos psicopatológicos mais importantes incluem o eco do pensamento, a imposição ou o roubo do pensamento, a divulgação do pensamento, a percepção delirante, ideias delirantes de controle, de influência ou de passividade, vozes alucinatorias que comentam ou discutem com o paciente na terceira pessoa, transtornos do pensamento e sintomas negativos. CID-10.p. 12 ,1993)

A Esquizofrenia é considerada como uma das doenças mais incapacitantes. Sendo uma perturbação complexa e de caráter crônico, gerando prejuízos significativos na vida dos pacientes com esquizofrenia e seus familiares, assim prejudicando então sua qualidade de vida. (SOUSA *et al.*, 2017). Cujo esses prejuízos obtêm impacto da doença, provocando perdas funcionais, relacionadas a habilidades de trabalho, afetivas e de relacionamento social. As perdas objetivas e subjetivas são percebidas, logo pelos pacientes como fatores que interferem a sua qualidade de vida. (SANTANA *et al.*, 2009).

A Esquizofrenia é um termo proposto por Eugen Bleuler em 1911, a partir do grego schizein (fender, clivar) e phrenós (pensamento), para designar uma “forma de loucura a que Emil Kraepelin dera o nome de “demência precoce”, e cujos sintomas fundamentais são a incoerência do pensamento, da afetividade e da ação” (ROUDINESCO, 1944).

Segundo Silva (2006), o termo "esquizofrenia" (esquizo = divisão, phrenia = mente), Bleuler Substitui o termo demência precoce na literatura. Conceitualizou esse termo para indicar presença de uma cisma (separação), entre os pensamentos, emoção e comportamento nos pacientes afetados. Para explicar melhor essa teoria das cismas (separação) mentais internas que os pacientes apresentam, Bleuler então descreveu os sintomas fundamentais (primários) e sintomas acessórios (secundários):

Sintomas fundamentais o autismo, a ambivalência afetiva, as alterações da afetividade e os próprios distúrbios das associações. Já os sintomas acessórios podem não estar presentes em todos os casos e/ou em todos os momentos e são representados pelos delírios, pelas alucinações e pelos quadros catatônicos, entre outros. (PEREIRA, 2000, pag 162.)

Paul Eugen Bleuler (1857/1939), Era um psiquiatra suíço e notável pelas suas contribuições para a esquizofrenia, o psiquiatra não acabou com o conceito de demência precoce, mas substituiu esse conceito por esquizofrenia, assim ampliando seus conhecimentos. (AMARAL, 2014).

PEREIRA (2000), destaca que Carl Jung era líder do movimento que aproximava a psiquiatria da psicanálise e assistente de Bleuler. Em 1906, o líder do movimento Carl Jung publicou seus estudos de diagnóstico de associação e, em seguida da demência precoce, publicação essa que teria uma imensa influência no pensamento de Bleuler. Bleuler estabeleceu as bases para o conceito nosológico e nosográfico, conhecido hoje como esquizofrenia (JARDIM, 2011). E Através de Carl Jung<sup>1</sup>foi influenciado pela psicanálise freudiana.

O propósito de Bleuler "era o de definir para além das meras constelações sintomatológicas regulares estabelecidas por Kraepelin, o fundamento psicopatológico daquela afecção [...]". (PEREIRA, 2000, p.159).

Logo, o objetivo Emil Kraepelin (1856-1926) era demarcar a existência de doenças com etiologia, sintomatologia, curso e resultados comuns. Chamando então uma dessas entidades de demência precoce, porque essa doença se iniciava no início vida da quase invariavelmente levava a problemas psíquicos. (SILVA, 2006).

Os sintomas característicos incluíam alucinações, perturbações em atenção, compreensão e fluxo de pensamento, esvaziamento afetivo e sintomas catatônicos. A etiologia era endógena, ou seja, o transtorno surgia devido a causas internas. A demência precoce foi separada do transtorno maníaco-depressivo e da paranoia com base em critérios relacionados aos seus sintomas e curso. (SILVA, 2006, pag.263)

Tendo um problema na teoria de Kraepelin sobre esse quadro de psicose era o fato de, o autor ter considerado por muito tempo, que a paranoia era apenas uma das manifestações, em geral terminal, da forma paranoide da demência precoce (JARDIM 2011).

De acordo com D'agord (2005) Kraepelin distinguiu três formas do transtorno: hebefrênica, catatônica e paranoide são elas:

---

<sup>1</sup>Carl Jung, foi o príncipe herdeiro do movimento psicanalítico, escolhido por Freud, trabalhou no sanatório de Burgholtsli, sob direção de Bleuler. (FREUD,S 1914-1916).

- 1) A forma hebefrênica foi descrita como uma psicose pós-pubertária caracterizada por fenômenos que hoje chamaríamos de regressivos: infantilidade, passividade e desagregação da personalidade.
- 2) Compreendida como o estado depressivos a forma catatônica, seguidos de uma fase de excitação e que ao final, poderia evoluir para um estupor catatônico, que conduziria à fase confusional que precedia à demência terminal.
- 3) A forma paranoide ou delirante foi caracterizada como uma forma grave tendo grande atividade alucinatória, delírios incoerentes acompanhados de alucinações cinestésicas e psíquicas incluindo os fenômenos de transmissão de pensamento.

Na célebre monografia intitulada *Dementiapræcox ou o grupo das esquizofrenias* (1911), Bleuler mostrou que o fenômeno psicopatológico, sendo então fundamental da esquizofrenia era a ruptura da integração entre as diversas funções psíquicas (JARDIM, 2011).

Segundo Pereira (2000), esse termo *esquizofrenias*, utilizado pelo autor desde 1906, denota a rompimento em relação ao pensamento kraepeliano, ou seja, esse transtorno se trataria de um grupo de doenças e não apenas de uma única. "de um grupo ainda determinado de condições com um núcleo psicopatológico em comum" (PEREIRA, 2000, p.161).

De acordo com Pereira (2000) Com essa perspectiva, Kraepelin toma condições clínicas bastante díspares e até então consideradas como entidades independentes e lhes confere unidade psicopatológica segundo um início precoce e uma evolução a um estado terminal comum. Assim, a catatonía, descrita por Kahlbaum entre 1863 e 1874; a hebefrenia, estabelecida por Heckel (um discípulo de Kahlbaum) em 1871 e a paranoia, passam a ser consideradas como formas clínicas da demência precoce.

Para Pereira (2000), Eugen Bleuler, em 1911, aprofunda sua visão científica, publicando em sua monografia nomeada como demência precoce ou o grupo das esquizofrenias.

Bleuler vai se dedicar ao estudo da demência precoce, só que dessa vez munido do instrumental teórico e metodológico fornecido pela psicanálise freudiana. De Jung, ele já recebera a noção, expressa em *A psicologia da demência precoce*, segundo a qual o que faz a especificidade dessa psicopatologia não é propriamente a qualidade dos complexos, mas a extrema fixação que o sujeito tem a estes, instalando-se uma situação insuportável de absorção de todos os interesses do indivíduo em seu próprio mundo psíquico, isolando-se dos laços afetivos, da vida social e do próprio contato com a realidade. (PEREIRA, p. 161, 2000)

De acordo com Santos *et al.* (2012), o início do processo de descoberta da esquizofrenia é considerado um processo extremamente difícil e doloroso, pois conviver com esse transtorno esquizofrênico, vem acompanhada de intenso sofrimento e limitações.

A esquizofrenia é caracterizada “por anormalidades em um ou mais dos cinco domínios a seguir: delírios, alucinações, pensamento (discurso) desorganizado, comportamento motor grosseiramente desorganizado ou anormal (incluindo catatonia) e sintomas negativos”. (KRACHENSKI; OLIVEIRA 2018)

Para Menezes (2000), o ajustamento no prejuízo social é considerado uma das principais dimensões relacionada ao prognóstico da esquizofrenia uma das principais dimensões do prognóstico da esquizofrenia, de tal forma que o DSM-IV requer a presença dessa característica. No DSM-5 (2013), refere essas características dos sintomas negativos, onde tem a maior relação com o prognóstico do que os sintomas positivos, e costumam ser mais persistente.

Considerando a complexidade, a gravidade, o intenso sofrimento e os inúmeros prejuízos que vem acompanhada da esquizofrenia é importante um novo olhar diferenciado para os portadores deste transtorno, assim dando-lhes voz, acolhendo e valorizando seus sofrimentos neste processo de descoberta de novo sentido para a sua convivência com transtorno de esquizofrenia. (OLIVEIRA, *et al.* 2012).

### **3.1.2. Um pouco mais sobre a esquizofrenia, e agora nosograficamente**

O CID-10 (1993) refere-se à esquizofrenia como um transtorno caracterizado, geralmente, por distorções fundamentais e características do pensamento (delírio) e da percepção (alucinação), por afeto inadequado ou embotado. Os pensamentos, sentimentos e atos mais íntimos são sentidos como conhecidos e partilhados por outros. As alucinações, especialmente auditivas, são comuns e podem acarretar sobre o comportamento ou pensamentos do paciente portador desse transtorno. O humor é caracteristicamente superficial, caprichoso ou incongruente. (ALMASAN e GIMENEZ 2006).

De acordo com ALMASAN e GIMENEZ (2006). No caso do paciente observado, a patologia diagnosticada é considerada esquizofrenia paranoide que, segundo o CID-10, é o tipo mais comum de esquizofrenia. Comparando os sintomas observados com os descritos no CID-10, pode-se afirmar que o paciente apresenta alguns sintomas, tais como: caminhar de um lado para o outro conversando com alguém que não é real, ocorrendo a alucinação e tendo então o aparecimento de outras pessoas às vezes olha para trás, enquanto caminhava, repetidas vezes; também, deita-se no chão, fazendo movimentos sexuais e mexendo nas genitais, sempre conversando, relata o autor.

A maior parte das evidências sugere que a esquizofrenia é uma doença que envolve uma predisposição genética que requer ativação intrapsíquica e interpessoal, mas fatores ambientais e psicológicos têm considerável importância no desenvolvimento

da esquizofrenia. Provavelmente, não mais de 10% dos pacientes esquizofrênicos são capazes de ter sucesso numa abordagem de tratamento que consista apenas em medicação antipsicótica e hospitalização breve. Os restantes 90% necessitam de abordagens de tratamento de orientação dinâmica, incluindo farmacoterapia dinâmica, terapia individual, terapia de grupo, abordagens familiares e tratamento hospitalar de orientação dinâmica como ingredientes importantes no manejo bem-sucedido de sua esquizofrenia. (ALMASAN; GIMENES, 2006, p. 4)

Segundo o DSM-V (2013) Pelo menos dois sintomas do critério devem estar presentes por um período de tempo significativo, durante um mês ou mais. Pelo menos um desses sintomas deve conter a presença de delírios, alucinações ou paciente ter um discurso desorganizado. Outro sintoma que também podem estar presentes nesse transtorno é o comportamento catatônico ou grosseiramente desorganizado e sintomas negativos.

As características psicóticas da esquizofrenia geralmente surgem entre o final da adolescência e meados dos 30 anos de idade, sendo raro o início antes da adolescência. O pico de início do primeiro episódio psicótico é próximo dos 20 anos de idade em homens e pouco menos de 30 anos de idade nas mulheres. (DSM-V 2013).

Em relação a influência da genética nessa patologia está bem caracterizada, mas a combinação de outros fatores como ambiente, estrutura e químicas cerebrais alteradas podem influenciar, no entanto, a natureza exata do modo de transmissão ainda não é clara. (SILVA 2015).

Os modelos mais atuais de natureza neuropsicológica da esquizofrenia resultam dos avanços da imagiologia cerebral em tempo real, nomeadamente, da tomografia por emissão de positrões (PET) e da RMN. Estas técnicas permitiram reconhecer que o cérebro de um indivíduo com esquizofrenia sofre mudanças físicas. (SILVA, 2015p. 34)

### 3.1.3. Apresentando os tipos de Esquizofrenia

#### Diferentes Tipos de Esquizofrenia

- Esquizofrenia Paranoide (CID 10 - F20.0)

A esquizofrenia paranoide, onde os principais sintomas estão às alucinações, delírios, sensação de perseguição e conspirações, e geralmente estas alucinações giram em torno do mesmo tema com o paciente podendo apresentar confusão na fala e escrita. Pacientes com esse tipo de esquizofrenia são considerados tensos, desconfiados e muito agressivos. (CID10-1993).

- Esquizofrenia Catatônica (CID 10 - F20.2)

A esquizofrenia catatônica é dominada por distúrbios psicomotores proeminentes que podem alternar entre extremos tais como hipercinesia e estupor, ou entre a obediência automática e o negativismo. (CID10-1993).



- Esquizofrenia Hebefrênica (CID 10 - F20.1)

Forma de esquizofrenia é caracterizada pela presença proeminente de uma perturbação dos afetos; as ideias delirantes e as alucinações são fugazes e fragmentárias. Nessa esquizofrenia é considerada o comportamento do esquizofrênico irresponsável e imprevisível, as mudanças de humor e o afeto superficial alternando-se com rapidez, seus pensamentos são desorganizados e o discurso incoerente. Pessoas com essa esquizofrenia tem uma tendência ao isolamento social. (CID10-1993).

- Esquizofrenia Residual (CID 10 - F20.5)

Esquizofrenia residual é conhecida pelos sintomas negativos, os pacientes costumam chamar menos a atenção. Estes correspondem a uma redução ou a falta de capacidades essenciais, falta de iniciativa, pouca comunicação, assim como qualquer outro tipo de esquizofrenia os delírios e alucinações normalmente estão diminuídos. (MIDON, 2018) (CID10-1993).

#### **3.1.4. Atuação da saúde pública no Brasil sobre esquizofrenia**

De acordo com Ministério da saúde (2013), a Atenção Básica- AB tem como um de seus princípios possibilitar o primeiro acesso das pessoas ao sistema de Saúde, inclusive daquelas pessoas que necessitam de um cuidado em saúde mental. Vale ressaltar que as ações são desenvolvidas em um território geograficamente conhecido, pelos profissionais, assim possibilita esses profissionais de saúde uma proximidade para conhecer a história de vida e seus vínculos com a comunidade/território das pessoas, bem como outros elementos dos seus contextos de vida.

Segundo o Ministério da saúde, Brasil (2013), O papel importante desempenhado pela AB- Atenção básica no diagnóstico precoce, é o início rápido do tratamento, na manutenção do tratamento farmacológico dos quadros estáveis e na reabilitação psicossocial para os quadros de psicose. Os pacientes mesmo acompanhados pelo Centro de atenção psicossocial-CAPS, devem ser acompanhados, pela rede de AB- atenção Básica.

Devido suas demandas psiquiátricas e psíquicas o acompanhamento é necessário, e esses pacientes necessitam continuar sendo acompanhados pela rede de saúde. “Esses pacientes estão, também, submetidos a diversas formas de preconceito, e têm que enfrentar o estigma associado à esquizofrenia”. (SOUZA; COUTINHO 2006).

A esquizofrenia é a considerada a única condição atual conhecida como psicose, não por caso sendo um caso de um quadro de evolução insuficiente, oferecendo uma leitura

biologizante, tendo a ação farmacologia e a ações de reabilitação podendo ser umas ações generosas de inclusão social quanto, dependendo da inflexão, podem pender para uma prática de normalização e adaptação. (TENÓRIO, 2016).

Existe na Atenção básica o matriciamento, que é uma prática interdisciplinar e a proposta é que profissionais da AB- Atenção Básica e especialistas de diferentes áreas atuem juntos, com as visitas e a qualificação do cuidado fornecido na Atenção Básica -AB e assim diminuindo os encaminhamentos desnecessários. É considerado um ambiente onde os profissionais trocam informações, ampliando suas concepções sobre o adoecimento do paciente e as formas de tratamento de cada sujeito. (FAGUNDES, *et al.* 2021).

Conforme é recomendado pela reforma psiquiátrica, a garantia da assistência integral e humanizada, existe a necessidade de um suporte financeiro á rede dos serviços comunitários em saúde e sistematização do processo de trabalho, sendo fundamental conhecer as necessidades dos cuidadores e das famílias, assim traçando estratégias para a resolução dessas demandas. (SILVA *et al.*, 2019).

O objetivo da visita da equipe da atenção básica em relação ao paciente com transtornos mentais, é acolher, diagnosticar e tratar os casos de sofrimentos mental inespecífico, favorecendo atenção integral à família. Considerando a diversidade de casos de transtornos mentais, torna-se importante a formação em saúde mental, treinamentos ou atualizações, assim minimizando as dificuldades em desenvolver ações nesta aérea e acompanhando mudanças proposta nas diretrizes da reforma psiquiátrica Brasileira (SILVA *et al.*, 2019).

No texto pesquisado chamado por traz da “Mascara da loucura”, Segundo Silva *et al.* (2019) Entre os desafios, destaca-se o fortalecimento da saúde mental na Atenção Básica (AB), estruturada a partir da Estratégia Saúde da Família -(ESF) sofre com a falta de recursos humanos para se ampliarem as ações e os atendimentos às demandas nesse campo e carece de maiores investimentos financeiros. A estratégia suade da família (ESF), concentra importante papel na assistência Psiquiátrica, em relação a municípios que ainda não oferece uma Rede de atenção psicossocial- RAPS ou Centro de atenção psicossocial – CAPS.

A organização dos serviços ou das ações mental na atenção básica prioriza as necessidades de saúde dos usuários e de seus familiares tendo o eixo central do cuidado. Em relação a atuação de profissionais de saúde especialistas e específicos para casos de saúde mental não exclui as ações a serem desenvolvidas pelos profissionais que interagem com várias áreas, conhecidos como profissionais generalistas da atenção básica, de modo a constituir um sistema de referência e contra referência que, de maneira mais ampliada e articulada, constitui então a Rede de atenção psicossocial- RAPS. (SILVA *et al.*, 2019).

Vale destacar que mesmo com os avanços decorrentes coma terapêutica medicamentosa e o nova paradigma da reabilitação psicossocial, que faz com que o individuo estimule o processo de convívio social da pessoa com transtorno mental, o autor afirma ainda que muitos profissionais de saúde demonstram desconhecimento ou falta de habilidade em lidar com pessoas com esquizofrenia e seus familiares. (SILVA 2019). Sendo assim o paciente na reabilitação psicossocial facilitador de oportunidade para esse sujeito, que são prejudicados, invalidados por uma desordem mental- alcancarem um ótimo nível de funcionamento independente na comunidade. (HIRDES; KANTORSK, 2004).

Deve-se ressaltar que, além disso, devido a questões culturais, o esquizofrênico acaba por serem excluído da sociedade pela família, ou por ele mesmo e pelas outras pessoas, e isso acaba agravando o quadro clinico do paciente. Já que a evolução desta patologia está atrelada ao convívio social. Sendo assim necessária a educação para a saúde mental tanto para os familiares como para a sociedade em geral. (SHIRAKAWA, 2000).

Vale destacar a importância do papel central da família, pois o indivíduo com esquizofrenia, precisa se restabelecer seu contato com o convívio social, visto que o paciente em grande parte do tempo está em convívio familiar. É preciso desmistificar os preconceitos existentes em relação a estas pessoas, para que ela possa ser acolhida no meio social, esses pacientes diagnosticados com esquizofrenia geralmente tende se a se isolar e tornam-se recluso a esse convívio social. (SILVA *et al.*, 2019).

Segundo Souza (2005) A valorização da qualidade de vida de indivíduos com esquizofrenia vai ao encontro das reformulações hoje em curso no âmbito da assistência em saúde mental oferecida ou pretendida pelas redes públicas de saúde no Brasil.

### **3.1.5. Falando um pouco mais sobre o Centro de atenção psicossocial - CAPS**

O CAPS- Centro de atenção psicossocial é um espaço de criatividade, de construção de vida, de novos saberes e práticas. Ao invés de excluir esses pacientes, devem medicalizar e disciplinar, o Centro de atenção psicossocial deve acolher, cuidar e estabelecer pontes com a sociedade (MOLL; SAEKI 2009). De forma geral os portadores de esquizofrenia frequentam o CAPS- Centro de atenção psicossocial de uma (01) a quatro (04) vezes por semana (TOMAZI *et al.*, 2019).

Sendo assim uma das novas propostas estabelecida pelo Centro de atenção psicossocial é a proposta assistencial que deve oferecer tratamento que valorize a reinserção social e a

melhora das condições de vida dos usuários, assistidos nesse espaço terapêutico. (MOLL; SAEKI, 2009).

Com uma demanda mais específica por atenção e cuidado, surge CAPS- Centro de atenção psicossocial a grande importância do serviço voltado à atenção e cuidado aos pacientes e familiares, auxiliando-os a compreender a doença e lidar com ela de modo que não se torne um estigma, um fator de exclusão e discriminação e excluindo qualquer forma de preconceito. (TOMAZI *et al.*, 2019).

Assim sendo, a reabilitação pode ocorrer através de psicoterapia, terapia ocupacional, acompanhamento terapêutico, orientação familiar, abordagem psicossocial em instituições, grupos de autoajuda, ou seja, atividades que visam reinserir o sujeito na família e na sociedade, exercendo papéis anteriormente desenvolvidos (TOMAZI *et al.*, 2019).

Segundo o ministério da Saúde (2004) as equipes multiprofissionais, atuam no Centro de atenção psicossocial tais como: enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, psiquiatras, professores de educação física e outros profissionais que são necessários para as atividades oferecidas nos CAPS- Centro de atenção psicossocial.

Segundo Shirakawa (2000) em relação ao psiquiatra ele faz o planejamento para segui-lo ao longo do tempo, com objetivo as prevenções de recaída, pois essas contribuem para a piora do paciente.

Sendo assim CAPS – Centro de atenção psicossocial é um serviço que vem demonstrando afetividade na substituição da internação de longos períodos. (SCHRANK e OLSCHOWSKY, 2008).

### **3.1.6. O dia da consciência sobre Esquizofrenia no Brasil**

Ao pesquisar sobre a esquizofrenia no Brasil foi encontrado alguns grupos que atendem pessoas diagnosticadas com esquizofrenia no Rio de Janeiro e foram encontradas as seguintes informações. No dia 24 de maio, onde vários países comemoram o Dia da Consciência sobre a Esquizofrenia, um dia dedicado a levar informações de qualidade sobre a doença para a sociedade, com o objetivo de elevar a compreensão e combater o estigma, muitas vezes alimentado por falsas crenças acerca da doença.

No momento desta revisão de literatura foram identificados alguns programas que atendem pacientes diagnosticados e incluem a reintegração social, em que o indivíduo passa a se reinventar, se reinserir, E começam a conquistar seu bem estar e sua qualidade de vida. O programa identificado foi “Entre laços”, um programa de atenção do setor de família do IPUB

(Instituto de psiquiatria da universidade do Rio de Janeiro) voltados para famílias que convivem com transtornos mentais severos. Esta proposta tem como o princípio de estimular a autonomia e a autodeterminação, para as pessoas trabalharem, se conhecerem e fazer suas escolhas. O grupo acredita na capacidade de aprendizado, onde todas as pessoas podem aprender crescer, amadurecer e viver de forma diferente. Para as famílias são oferecidas gratuitamente e seminários sobre os transtornos mentais graves (incluindo esquizofrenia, transtorno esquizo afetivo e transtorno bipolar) tanto para os familiares e pacientes e depois terapia em grupo. O encontro ocorre aos sábados e o objetivo deste programa é empoderar as famílias e os pacientes, ajudando-os a buscar soluções conjuntas para os conflitos, auxiliando na recuperação e na qualidade de vida.

O programa “Entre laços” se torna um amparar não só para os pacientes e sim para os familiares que recebem o diagnóstico sobre a esquizofrenia. Dentro desse programa existem subgrupos que atendem essas pessoas com transtornos mentais e seus familiares. São eles:

- Grupo “Mentes em ação”: no rio de janeiro tem o objeto e ter a conscientização da esquizofrenia levando informações e mostrando que é possível ter a melhora. o grupo é composto de familiares e se reúne uma vez por mês em datas específicas, aos sábados pela manhã.  
End: Auditório da Unidade de Saúde Manoel Ferreira, Rua Silveira Martins, 161, Catete.
- Grupo “Quinze de nós”: formado apenas por pacientes, durante 1 hr 30 min a cada 15 dias trocando experiências entre eles. Nesse momento de pandemia os encontros foram feitos online.
- Grupo “Abra sua mente”: o grupo é composto de familiares e paciente e se reúne uma vez por mês em datas específicas, aos sábados pela manhã.  
End: Igreja Batista Itacuruça – Praça Barão de Corumbá, 49, Tijuca.
- Grupo “É possível”: o grupo é composto de familiares e se reúne uma vez por mês em datas específicas, aos sábados pela manhã.  
End: Auditório da Unidade de Saúde Manoel Ferreira, Rua Silveira Martins, 161, Catete.
- Grupo “Construindo Horizontes”: o grupo é composto de familiares e paciente e se reúne a cada quinze dias em datas específicas, aos sábados pela manhã.

End: Auditório do Centro Municipal de Saúde Dom Helder Câmara, Rua Voluntários da Pátria 136, Botafogo.

- Grupo “Movimente”: o grupo é composto de familiares e paciente e se reúne a cada quinze dias em datas específicas, aos sábados pela manhã.

End: Igreja Batista de Barão da Taquara – Praça Seca nº 32, Jacarepaguá.

- Grupo “Equilibrate” o grupo é composto de familiares e pacientes e se reúne a cada quinze dias em datas específicas, aos sábados pela manhã.

End: Espaço Contemporâneo – Rua Humberto de Campos nº 315, Leblon.

- Grupo “Trilhando Caminhos”: o grupo tem a proposta de proporcionar lazer aos pacientes portadores de transtorno mentais, acompanhados de seus familiares ou cuidadores, realizando passeios, encontros psicoeducativos, partilhas, dinâmicas de grupo, relaxamento e brincadeiras.

## 4. SOB A PERSPECTIVA DA PSICANALISE

### 4.1. Delírios e alucinações

No Rascunho K, (1911) Freud se estende sobre as alucinações e os delírios na paranoia, e suas relações com a defesa. Freud situa o delírio de observação, juntamente às alucinações táteis, visuais e auditivas, como sintomas do retorno do recalçado<sup>2</sup>, tal como na neurose<sup>3</sup> (CALAZANS; REIS, 2014).

Briggs e Rinaldi (2014) destacam que alguns autores estudaram e dividiram o então chamado delírio em fases segundo a evolução observada como Magnan (1835-1916), o autor sugere, por exemplo, a divisão em quatro períodos: um primeiro período de incubação e inquietude. Um segundo, de perseguição e sistematização. Um terceiro período, de grandeza, no qual as ideias de grandeza apareceriam por dedução lógica e, no quarto período, de demência.

Assim, no século XIX, alguns estudiosos da loucura, considerando a origem do erro na sensopercepção, consideravam o delírio análogo aos sonhos, acreditando que sua evolução seria tão mutável e variável como os últimos; enquanto outros, apostando no erro de julgamento, começam a tentar circunscrever os delírios segundo um modo de evolução interna que lhes seria próprio. É aí que surgem as primeiras nosologias, como o *delírio*. (BRIGGS; RINALDI, 2014)

Na nosografia psiquiátrica, chama-se delírio de interpretação a uma forma de delírio crônico, caracterizada pela preponderância de um tema persecutório e de um raciocínio monoideativo, que impede o sujeito a proceder a construções alucinatórias, convencido de que todas as manifestações da realidade externa se referem a ele. (ROUDINESCO, 1944. P. 389)

Bezerra (2019) destaca que Freud percebeu que o sujeito ama o delírio assim como ama a si mesmo. Logo, esse delírio pode sustentar o sujeito na vida, sendo uma espécie de amarração, como uma “solução psicótica” já Lacan estuda os três registros Real, Simbólico e Imaginário, estudados por Lacan. (CORREIA, 2010).

De acordo com Freud, S. (1923), as esquizofrenias, inclina-se a acabar em uma hebetude afetiva - isto é, em uma perda de toda participação no mundo externo.

---

<sup>2</sup> O retorno do recalçado- é quando recalcamos, ou seja, reprimimos algo e assim tirando do campo da consciência, revelando através dos sonhos, chistes, sintomas, na dor etc. Aquilo que foi recalçado ele retorna. (HOMEM, M, 2021).

<sup>3</sup> Neurose é um termo proposto em 1769, pelo médico escocês Willian Cullen (1710-1790) para definir as doenças nervosas que acarretavam distúrbio da personalidade. Logo após Sigmund Freud retoma esse conceito a partir de 1903, esse termo é empregado para designar uma doença nervosa cujos sintomas simbolizam um conflito psíquico recalçado. (ROUDINESCO, 1944, dicionário de psicanálise).

Com referência à gênese dos delírios, inúmeras análises nos ensinaram que o delírio se encontra aplicado como um remendo no lugar em que originalmente uma fenda apareceu na relação do ego com o mundo externo. Se essa precondição de um conflito com o mundo externo não nos é muito mais observável do que atualmente acontece, isso se deve ao fato de que, no quadro clínico da psicose, as manifestações do processo patogênico são amiúde recobertas por manifestações de uma tentativa de cura ou uma reconstrução. (FREUD, 1923, p.90)

Os delírios são do tipo persecutório em 90% dos casos podendo no restante ser de referência, de controle, grandiosidade, hipocondríaco, religioso, entre outros (BALDAÇARA; BORGIO 2019 apud Almeida). Existem o delírio primário que é caracterizador como juízo falso, e o delírio secundário são os estados psicologicamente alterados, como os transtornos do humor, alteração de senso percepção e rebaixamento de nível de consciência. (TEIXEIRA, 2015).

Em contrapartida na confusão alucinatória, a alucinação é descrita como aquilo que mantém o recalado o mais afastado possível. Além disso, uma vez que a defesa na confusão alucinatória é mais bem sucedida, afastando a representação juntamente ao seu afeto, não há como falarmos de fracasso da defesa. (CALAZANS; REIS, 2014).

Freud afirma: “o eu rompe com a representação incompatível; esta, porém, fica inseparavelmente ligada a um fragmento da realidade, de modo que, à medida que o eu obtém esse resultado, também ele se desliga, total ou parcialmente, da realidade”. (CALAZANS; REIS, 2014)

Com a utilização que Hippolyte Bernheim fez, em 1895, da noção de alucinação: essa autora então designa a “falta de percepção de um objeto presente no campo do sujeito”. (ROUDINESCO, 1944. P. 245).

#### **4.2. Compreender quem é o paciente esquizofrênico, segundo a abordagem psicanalítica**

A psicanálise compreende esse paciente como aquele que se distancia e rompe o contato com as pessoas e consigo mesmo, isto é, diminuindo gradualmente o vínculo com elas. (TRINCA, 2011).

Para Lacan as psicoses nos ensinam que os caminhos do tratamento são possíveis, porém são muito complexos e variados. Já para Freud é impossível esse tratamento ocorrer (GUERRA, 2010).

Há um empasse da técnica psicanalítica, na relação analista e paciente, isto é, quanto a transferência que é indispensável, para o êxito de uma análise. O psicótico apresenta dificuldades de estabelecer a transferência com o psicanalista (KARLIN 2014).



Esses pacientes podem utilizar o mecanismo de projeções no terapeuta e assim eles distorcem a realidade. Sendo assim o terapeuta menos neutro ajudara esse paciente a diferenciar o que é fantasia do que não é fantasia (ZANINI, 2000).

Segundo Trinca (2011), o autor observou clinicamente que o “paciente mantém a condição de ser nada, ninguém, num estado de extremo distanciamento consigo próprio”.

### **4.3.Caso Schreber, por onde tudo começou**

Daniel Paul Schreber foi um famoso paciente analisado por Freud a partir do livro autobiográfico Memórias de um doente dos nervos (1905/1984). Em seu livro dedicado à Schreber, Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia (Dementia Paranóides) (1911/1969). Segundo o autor, Freud revela que teve acesso a sua história somente por meio de seu livro e n nunca o encontrou pessoalmente. (GUARANÁ; VIEIRA, 2018).

Lacan estudou a esquizofrenia a partir do caso Schreber, que esteve doente de 1883 a 1884, que teve em seguida oito anos de repouso, em outubro de 1893, que as coisas recomeçam no plano patológico. Ele retorna a clínica onde havia sido tratado, pela primeira vez, que foi dirigida pelo Dr . Flechsig, e vai ficar aí até por volta de junho de 1894. (LACAN, p. 126, 1955-1956)

James Strachey, tradutor, editor e comentador da obra freudiana aponta que Freud se interessou pela obra de Schreber em 1910, apenas trocando correspondência a respeito com Ferenczi e Abraham, seus discípulos ao mesmo tempo em que iniciava a redação de seu trabalho (MARINHO; SOUZA FILHO, 2006).

Contudo, é bom ressaltar que muitos dos dados desta cronologia não eram do conhecimento de Freud que só teve acesso ao que estava contido no livro autobiográfico e à informação de que o paciente teria 42 anos, quando de sua segunda doença. Freud nunca teve qualquer espécie de contato com o paciente, nem com seus familiares. (MARINHO; SOUZA FILHO, p. 188, 2006)

De acordo com os autores Marinho e Souza Filho (2006), no caso Schreber existiram três momentos da doença, são elas:

- Primeiro momento da doença – 08/12/1884 a 01/06/1885 (período de internação)

Ocorreu no serviço do Doutor e Prof. Flechsig, após algumas semanas em que esteve no hospício de Sonnestein. Foi diagnosticado pelo médico Flechsig com um caso de hipocondria

severa<sup>4</sup>. Tentou cometer suicídio por duas vezes, imaginando ter perdido de 15 a 20 quilos, embora tenha engordado dois, o que não acredita achando que intencionalmente o enganam a respeito.

- Intervalo entre as doenças – 1885 a 22/11/1893

Schreber sonhou por 2 ou 3 vezes que a antiga doença teria voltado, isso ocorreu em junho e julho de 1893. Apresentando um grande quadro de ansiedade, ao mesmo tempo ficando feliz por saber que se tratava apenas de um sonho. Foi nessa época que Schreber pensou que deveria ser muito bom ser uma mulher e submetendo-se ao ato de copular.

- Segunda doença – 10/11/1893 a 20/12/1902

Consulta o Dr. Flehsig com queixa de uma insônia torturante, em 10/11/1893, sendo tentado um tratamento ambulatorial. Nessa época Schreber tenta novamente o suicídio, mas dessa vez na casa de sua mãe e é internado no dia 21/11/1893 no Hospital Psiquiátrico de Leipzig. Schreber começa então apresentar: ideias: hipocondríacas, queixa de amolecimento do cérebro, morte iminente, hiperestesia – grande sensibilidade à luz e ruído – Schreber apresenta ideias de perseguição embrionárias baseadas em alucinações; seus pensamentos aos poucos começam a girar em torno de suas alucinações visuais e auditivas assim como os distúrbios cenestésicos e seu quadro começa a ser agravado. (MARINHO *et al*, 2006).

O delírio evoluiu para uma comunicação direta com Deus, ouvir música sagrada, ser brincado dos demônios e ver “aparições miraculosas”. Sentia-se perseguido pelo Dr. Flehsig, a quem chamava de “assassino de almas”. Era comum gritar pelo hospital: “Pequeno Flehsig”, frisando o “pequeno”.(MARINHO *et al*, p.191 2006).

- Intervalo entre a segunda e terceira doença – 20/12/1902 a 27/11/1907

Schreber mantém a convicção que é uma mulher, assim tendo seios e outros atributos relacionados aos aspectos femininos. Em 1903, por iniciativa de Schreber, o casal adota uma menina de 10 anos, a qual relata, em sua velhice, que foi muito bem tratada por Schreber. (MARINHO *et al*, 2006).

- Terceira doença – 27/11/1907 a 14/04/1911

Schreber mostra-se incompreensivo, com marcha e apresentando postura rígidas, alucinações auditivas e delírios. Repetindo compulsivamente: “já... já”. Schreber já tendo suas alucinações diz sentir que querem matá-lo, tendo delírios persecutórios, assim como que não

---

<sup>4</sup>A hipocondria é a preocupação com medo ou a idéia de sofrer de uma enfermidade com base numa interpretação errônea de sintomas ou funções corporais, em que o indivíduo teme sofrer de uma doença grave (DIB *et al*., 2006).

dorme há vários meses. Dr Schreber permanece internado até a sua morte. (MARINHO *et al*, 2006)

Freud então propôs, a partir da análise do relato autobiográfico de paranoia de Schreber, que a doença expressaria um mecanismo de defesa do sujeito contra sua libido homossexual. Ele também estabeleceu a projeção como mecanismo característico e relacionados ao da paranoia, sendo assim sustentando esse delírio por uma tentativa de cura da ruptura psíquica na psicose, feita pelo doente (COUTINHO 2005).

Para Freud (1911), O sujeito ansiado tornou – se o perseguidor, isto é, o conteúdo da fantasia torna se o desejo do conteúdo da perseguição, o que ocorreu no caso de Dr. Flechsig. Sendo assim Schreber, imaginava ser perseguido por seu 1º médico- que era Dr. Flechsig. Nesse caso podendo ser aplicável em outros casos de delírios persecutório. (FREUD, 1911/1913).

Na primeira doença que Schreber apresenta Freud (1911) “diz que não foi possível penetrar na doença de Schreber, mas foi indispensável para a compreensão da segunda enfermidade que segundo ele foi a mais grave”. (FREUD, 1911).

Segundo Faria *et al*. (2011), Inicialmente essa patologia de Schreber apresentou delírios de perseguição que só foram diminuindo de intensidade quando atingiu o auge de sua enfermidade, ou seja, quando “Schreber conciliou os seus desejos de se transformar em mulher, tendo com os propósitos de Deus”. (FREUD, 1911).

O delírio é, portanto, uma articulação, uma produção de saber por meio da qual o sujeito vai tentar mobilizar significações para então construir uma nova realidade. Há também aí um esforço para localizar o gozo do Outro<sup>5</sup>, gozo esse que se impõe pelo fato de o sujeito não dispor, devido ao fracasso da metáfora paterna, de recursos sustentados na significação/ resposta fálica. (RODRIGUES; CASTRO 2016).

Tal como o mecanismo alucinatório, portanto, é, para Freud, uma tentativa de restabelecimento, ou seja, uma tentativa de cura. (OLIVEIRA, *et al*.2014).

Por alucinações se entendem, até onde sei, estímulos nervosos graças aos quais aquele que delas padece e que tem uma constituição nervosa doentia acredita ter impressões de certos eventos que se passam no mundo externo, particularmente perceptíveis pela visão e pela audição, eventos que na realidade não existem. (SCHREBER, 1903/1995, p. 198).

---

<sup>5</sup> O grande Outro, em Lacan, se escreve com a inicial maiúscula - O grande outro como discurso do inconsciente é um lugar, é uma outra parte onde o sujeito é mais pensado do que realmente pensa, sendo assim a alteridade do eu consciente. É o palco que, ao dormir, se ilumina para receber os personagens e as cenas dos sonhos. É de onde vêm as determinações simbólicas da história do sujeito. Sendo um arquivo dos ditos de todos os outros que foram importantes para o sujeito em sua infância e até mesmo antes de ter nascido (QUINET, 2012).

Segundo Oliveira nas últimas grandes referências que Freud apresenta sobre a alucinação aparece então como uma percepção que o indivíduo busca corresponder à nova realidade, que para Freud essa realidade está sendo remodelada - remodelada, poderíamos entender, pelo delírio. Freud então enxerga nas vozes alucinadas de Schreber uma função semelhante ao desempenhado pelo do delírio. (OLIVEIRA, *et al.* 2014).

Neste sentido, a concepção freudiana do delírio psicótico desloca a importância do aspecto patológico, passando então a ressaltar seu caráter uma tentativa espontânea de restabelecimento. (Freud, 1911/1996).

Para Lacan o delírio central de Schreber, inicialmente na concepção que ele constrói para si dessa transformação do mundo, foi então o que constitui seu delírio, chamando de “Seelenmord”, o assassino d’alma. Ele mesmo apresenta como um enigma, difícil de ser compreendido. (LACAN, 1955-1956, p. 91).

Portando para Coutinho (2005) as perturbações que acometeram a paranoia do paciente Schreber configuram, um caso de esquizofrenia paranoide, devido a presença dos sintomas de alucinações e delírios. De acordo com Nunes, *et al.* (2020), a esquizofrenia paranoide tem seus principais sintomas são: alucinações, delírios, sensação de perseguição.

#### **4.4. Esquizofrenia em Psicanálise é definida como uma psicose**

Na Psicanálise, a Esquizofrenia é definida como uma psicose. Segundo Roudinesco, em (1944) Psicose é um termo que substituem o vocábulo da loucura, e defini os doentes da alma numa perspectiva psiquiátrica.

Para Amaral (2014), é importante ressaltar que a dissociação, que rege o curso do pensamento, é o sintoma fundamental dessa psicose, por isso a importância da revisão histórica desde a *Dementia Praecox* até o surgimento do conceito de Esquizofrenia, para então nos atermos ao que o nosso principal objeto de estudo, a Psicanálise que nos traz maciças contribuições acerca dessa temática.

Freud, (1894/1996) Explica que o processo de defesa em sua radicalidade conduz à psicose alucinatória:

Neste caso, acontece uma modalidade defensiva muito mais poderosa e bem-sucedida. A representação irreconciliável com o eu é totalmente rejeitada, inclusive seu afeto, divergindo por isso do recalçamento da representação incompatível conquistado pela separação de seu afeto correspondente. O sujeito psicótico se comporta como se a representação jamais lhe tivesse ocorrido, a expensas de seu total ou parcial desligamento da realidade. (SANTOS, 2012).

Melaine Klein, explica a gênese das psicoses se sustenta na pulsão de morte. Ela defende a ideia de que todos nós nascemos com um quantum de pulsão de vida<sup>6</sup> e de morte<sup>7</sup>. Klein ainda ressalta a hipótese de que indivíduos psicóticos possuem uma quantidade de pulsão de morte muito mais intenso, o que dificultaria a saída do bebê do mundo de fantasias no qual se encontra imerso. (SANTOS, 2010).

Essas dificuldades de a pessoa encontrar tal recursos internos para dominar a pulsão de morte, desde de o início dos processos do desenvolvimento emocional, significa que desde o princípio a pulsão de morte força sua introdução no falso self<sup>8</sup>, que pode se constituir em depositário de seus produtos. (TRINCA, 2011).

Segundo Alvarenga (2008), no transtorno esquizofrênico, ocorre o afastamento da libido<sup>9</sup> do exterior e sua concentração no ego são traços característicos e as alucinações seriam então uma tentativa de restabelecimento, por devolver assim essa libido novamente a seus objetos.

Freud acreditava que a psicanálise era contraindicada no tratamento do psicótico, pois na psicose não se estabelece o laço de amor transferencial com o analista que é essencial a uma análise. (GUERRA, 2010).

Em contrapartida para Migueles (2011) Jung discorda a hipótese, pois, para ele, a psicose é a expressão de uma simbólica arcaica que pode ser reencontrada nos mitos<sup>10</sup>.

---

<sup>6</sup>Pulsão de vida, trata-se de preservar a vida e existência de um organismo vivo. ( AZEVEDO *et al.* 2015).

<sup>7</sup>pulsão de morte, redução por completo das atividades do sujeito, descarregando, a falta do novo, a falta de vida, ou seja a morte. ( AZEVEDO *et al.* 2015).

<sup>8</sup> A expressão “falso self” foi cunhada por Donald Woods Winnicott\* em 1960, para designar uma distorção da personalidade que consiste em enveredar, desde a infância, por uma vida ilusória (o eu inautêntico), a fim de proteger, através de uma organização defensiva, o verdadeiro self (o eu autêntico). O falso self, portanto, é o meio de alguém não ser ele mesmo de acordo com diversas gradações, que chegam até a uma patologia de tipo esquizóide, na qual o falso self é instaurado como sendo a única realidade, com isso vindo expressar a ausência do self verdadeiro. (ROUDINESCO, 1944, dicionário de psicanálise).

<sup>9</sup> Foi com a introdução da palavra libido que Sigmund Freud construiu o que desde então passou a ser chamado de sua teoria da sexualidade, enunciada de maneira programática em 1905 nos Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. . (ROUDINESCO, 1944, dicionário de psicanálise)

<sup>10</sup>O mito é, para Jung, o elemento “interpretante” que carrega os símbolos, os quais possibilitam a leitura do sexual.( MIGUELEZ 2011).

#### 4.5. Para explicar um pouco mais sobre o termo – Psicose

Vale dizer, o termo “psicose” é um termo que especifica o “psíquico” e foi criado no âmbito da medicina mental, nessa condição, como objeto que especificando a psiquiatria. (Tenório 2016).

Segundo Tenório (2016) Tem cabido à psicanálise sustentar a validade clínica e doutrinária da categoria “psicose”, pois se trata de uma noção da psicanálise, mais do que a psiquiatria. Mas vale lembrar que essa categoria “psicose” foi criada para especificar a psiquiatria inicialmente em relação aos aspectos neurológicos da doença mental, logo depois em relação às doenças mentais leves, sendo trabalho da própria psicanálise.

Segundo Lacan citado por Pontes e Calazans (2017), partindo da ideia freudiana, e enfatizando a importância da relação do sujeito com o Outro e a organização significante nessa construção subjetiva da realidade. Partindo, então dessa ideia de alucinação é pensada pela via do simbólico, assentando que a “estabilidade e a boa ordem da relação perceptiva com a realidade não são tão naturais quanto se poderia imaginar, e sim uma função dos fenômenos significantes”.

Para Lacan citado por Bulhões (2003), em seus estudos sobre a psicose ele forneceu o conceito de forclusão<sup>11</sup>, para pensar o fenômeno psicótico.

A psicose, diz Lacan, é isso diante do que um analista não deve recuar em nenhum caso. Na psicose, a condição de sujeito fica comprometida, o corpo é gozado pelo Outro, a fala pode tornar-se apenas a reverberação do eco de um Outro não barrado, isto é, um sujeito que não passou pela falta, pela castração. (LACAN, 1998).

Conforme Miguez (2011), como um autor que leu também Jacques Lacan, a esquizofrenia na categoria nosográfica, foi surgida da interface da psicanálise com a psiquiatria, concebida por Bleuler como conceito da psicopatologia, que antes era conhecida como demência precoce, e abordada como fenômeno natural por Kraepelin. Na hipótese freudiana sendo então uma ruptura com o mundo, desligamento total com a realidade e com os outros, na psicose estando ligado também no campo da linguagem.

---

<sup>11</sup>Conceito forclusão forjado por Jacques Lacan, para designar um mecanismo específico da psicose, como o mecanismo que estaria na origem da estrutura psicótica - estabelecendo, uma clínica diferencial em relação à neurose, - e que consistiria na rejeição do significante do Nome-do-Pai para fora do registro simbólico, sendo esse fracasso da metáfora paterna, essa falha na operação de castração, o que conferiria à psicose sua condição essencial (LACAN, 2004).

Ainda para Miguelez (2011) A escola inglesa de psicanálise, especificamente Kleiniana de Melanie Klein ao postular a teoria das posições – esquizo-paranoide<sup>12</sup> e depressiva<sup>13</sup> – e fundamentar os quadros psicóticos, a esquizofrenia, paranoia e psicose maníaco-depressivas – na elaboração dos conflitos e defesas ligados a essas posições, propondo também uma linha de continuidade entre normalidade, psicose e neurose.

Segundo Nobre (2011) cita Freud (1924) postula em Neurose e Psicose – sujeito com esquizofrenia apresenta em seus sintomas, “... uma tentativa de cura ou uma reconstrução”

De acordo com Nobre (2011) compreende-se que a base desta patologia, a psicose, é a cisão, ou seja, a quebra de contato do sujeito com o mundo externo, mas com uma diferença em relação a neurose em que os sintomas podem estar a serviço de uma fuga da realidade, de uma tentativa que chega ser quase delirante de satisfação de desejo, apesar do reconhecimento exagerado de uma realidade cujo superego<sup>14</sup> apreende com severidade.

Em Neurose e psicose (1924), Freud afirma que na neurose a perda da realidade seria evita, já na psicose essa perda de realidade está presente.

Também, na obra “Neurose e psicose” (1924), citadas por Freud se têm às causas do conflito psicótico, que para ele está situado “... nas relações entre o ego e o mundo externo.” (Freud, 1996, p. 167), onde o ego, a serviço dos impulsos desejosos do id, recusa as realidades interna e externa, assim criando sua nova realidade, ou seja, o psicótica cria novo mundo, tantos interno, como externo.

## **5. ESQUIZOFRENIA E TERAPÊUTICAS**

Neste capítulo, como proposto no objetivo geral desta pesquisa, foram incluídos a investigação de pesquisas relacionadas com as terapêuticas em pacientes diagnosticado com esquizofrenia. Assim, foram levantados alguns métodos possíveis de tratamento da esquizofrenia, dos quais incluem:

---

<sup>12</sup> A posição esquizo-paranoide caracteriza-se pelo fato de as crianças não tomarem conhecimento das “pessoas”, mantendo relacionamentos com objetos parciais, e pela prevalência dos processos de divisão (splitting) e de ansiedade paranoide. (SEGAL, 1975)

<sup>13</sup> Posição depressiva é marcado pelo reconhecimento da mãe como uma pessoa total; caracteriza-se pelo relacionar então com objetos totais e pela prevalência da integração, ambivalência, ansiedade depressiva e culpa. (SEGAL, 1975)

<sup>14</sup> Conceito criado por Sigmund Freud para designar uma das três instâncias da segunda tópica, juntamente com o eu e o isso. O superego mergulha suas raízes no isso e, de uma maneira implacável, exerce as funções de juiz e censor em relação ao eu. No Brasil também se usa “superego”. (ROUDINESCO, 1944).

### **5.1. Abordagens psicossociais**

A esquizofrenia é uma doença que compromete a vida do portador sendo ampla. Nesses casos de transtorno é preciso uma equipe multidisciplinar. O psiquiatra deve ponderar que a abordagem exclusivamente médica não dá conta da questão. Sendo indispensável o tratamento psicossocial para que o paciente volte a organizar sua vida. Sendo assim essa modalidade da abordagem psicossocial deve ser escolhida de acordo com a evolução de cada quadro e das possibilidades do paciente. (SHIRAKAWA, 2000).

### **5.2. Farmacologia**

Sendo considerada a medicação psicotrópica é altamente eficaz no manejo de sintomas positivos da esquizofrenia. Entretanto, os sintomas negativos e relacionamentos interpessoais perturbados são muito menos afetados pela medicação, exigindo abordagens psicossociais. (ALMASAN e GIMENEZ 2006).

### **5.3. Psicoterapias**

Segundo o autor tem se mostrado um importante recurso terapêutico o papel das psicoterapias, estando ligado ao tratamento farmacológico, na recuperação e na reabilitação do indivíduo esquizofrênico. Por meio de abordagens educativas, suportivas, interpessoais ou dinâmicas, visa-se recuperar o indivíduo no nível psíquico, interpessoal e social. (ZANINI, 2000).

### **5.4. Psicoterapia de Grupo**

A terapia de grupo pode ser tão eficaz quanto a individual, afirma o autor. Podendo ser úteis para criar confiança e oferecer um grupo de apoio, assim os pacientes possam se reunir e conversar livremente sobre as preocupações acerca de como manejar alucinações auditivas e como lidar como o estigma da doença mental. (ALMASAN; GIMENEZ 2006).

### **5.5. Grupos de autoajuda**

Ao longo da vida, grupos de auto-ajuda como os Psicóticos Anônimos (PA) e os Amigos e Parentes dos Psicóticos Anônimos (APPA), são considerados muito importantes para que os portadores de doença mental e seus familiares possam trocar experiências, encontrem-se, apoiem-se e busquem alternativas para melhor conviver com a doença que te afeta. (SHIRAKAWA, 2000).



## **5.6. Orientação familiar**

Toda doença crônica dificulta tanto a vida do sujeito e a relação com sua família. Sendo assim é importante conscientizar tanto o portador da doença para que ele possa ter meios de combatê-las, e seus familiares terão que ser conscientizados da mesma forma, pois os choques serão inevitáveis. Segundo o autor quando o ambiente é mais estressante, as recaídas do paciente se tornam mais frequentes. Assim, existem as intervenções definidas como programas de tratamento psicopedagógico das famílias que têm a finalidade de diminuir as tensões presentes no ambiente familiar e de melhorar o funcionamento social do portador. (SHIRAKAWA, 2000).

## **5.7. Tratamento Hospitalar**

A unidade hospitalar oferece uma forma de abrigo seguro para evitar que os pacientes causem danos a si mesmos ou aos outros. A hospitalização prolongada, é somente indicada para aqueles pacientes esquizofrênicos que recusam a medicação, ou não respondem à medicação, sendo autodestrutivos, ou suicidas, agressivos com os outros e não têm apoio em outro sistema de suporte familiar para ajudá-los a manejarem as instabilidades da vida diária. (ALMASAN e GIMENEZ 2006).

De acordo Shirakawa (2000), é muito importante que o psiquiatra acompanhe o paciente por longo prazo, para que o psiquiatra faça um planejamento para segui-lo ao longo do tempo. O objetivo principal desse acompanhamento psiquiátrico é de prevenir o paciente de recaídas, pois essas contribuem para a piora do paciente.

## **5.8. A terapêutica, segundo a psicanálise**

Segundo a Psicanalista Karlin. M (2014) criou um código de SIM e NÃO com o paciente que apresentava mutismo, onde o sim seria a caneta azul e o não a caneta vermelha, no decorrer das sessões ela também trouxe livros e o primeiro o nome do personagem era o mesmo nome do paciente, ela informou ao paciente que o livro era antigo porem muito especial e não poderia deixar se perde no tempo. O personagem do livro com o mesmo nome dele era a tentativa de fazê-lo reconhecer que existiam outras pessoas com seu nome, mas que a história de cada um era diferente. O paciente nas sessões sempre levava seus cadernos antigos. Na 4º sessão o paciente faltou e o pai relata que se esqueceu da consulta, uma hora depois o pai liga e informa que o seu filho está em surto. Rapidamente a terapeuta diz ao pai que está indo a casa do paciente, embora isso possa contrariar a técnica psicanalítica tradicional na qual a saída do setting pode de alguma maneira contaminar a relação com o paciente, só que ela não queria que

ele fosse internado de novamente. Ao chegar na casa do paciente ele se encontrava tranquilo e conversou pouco com a analista; mesmo sem surto o pai levou o paciente até o psiquiatra, onde foi aplicado uma medicação de calmante. O paciente no decorrer das sessões foi falando mais e a terapeuta foi buscando ferramentas para esse diálogo, como por exemplo, livro, leituras e desenhos onde o paciente foi se expressando.

Em uma das sessões, segundo a descrição da autora, o paciente disse que quando terminasse de montar o quebra cabeça, uma atividade proposta pela analista não iria continuar com o tratamento, porque seu pai tinha comprado uma televisão muito grande e teria que pagar em dez vezes.

Se me perguntassem, disse a analista: se esse paciente chegou a fazer associação livre, eu diria que sim. Lógico que eu dirigia perguntas a ele. Mas, se não fosse dessa forma, acredito que ele não teria sequer iniciado a falar. Com pacientes nesse estado de embotamento, o desejo do psicanalista tem que se fazer presente.

Se me perguntassem, disse a analista se eu interpretava a fala do paciente, eu diria que não. Sei que alguns psicanalistas fariam isso, mas eu achei perigoso. O que poderia provocar uma interpretação errada em um paciente com um ego tão fragmentado era algo que eu tinha medo de experimentar. Eu diria que, em vez eu vivia a experiência com ele.

Se me perguntassem, disse a analista se ele apresentou resistência, eu responderia que sim. Ele parou a análise no momento em que ele estava se sentindo melhor. O que seria isso senão um sinal de que a resistência vinha operando contra essa melhora?

Ninguém é psicótico 24 horas por dia, assim como todos nós temos nossos momentos de regressão ao nosso estado esquizo-paranoico<sup>15</sup>. Um paciente psicótico tem uma dificuldade maior para viver esse processo de entrar e sair desse estado. (KARLIN, 2014)

Segundo Karlin (2014) até a fala dele “Quando terminarmos esse quebra-cabeça eu vou parar” poderia ser traduzida como: sinto-me mais inteiro e quero parar, ou mesmo, me sinto mais inteiro, mas tenho medo de continuar! Um paciente psicótico se sente muito invadido e, dessa forma, a posição do analista é muito delicada exigindo uma grande dose de sensibilidade, pois trabalhando no limiar do suportável psíquico do sujeito é importante saber respeitar esses limites. Por isso, eu sempre falei com ele de forma muito verdadeira. Um mundo falso e de segredos ele já vivia em casa, e eu não queria que essa experiência se repetisse no *setting*, assim como sempre respeitei seu tempo dentro do *set*.

---

<sup>15</sup>Melanie Kleine e Jacques Lacan desenvolveram para a psicanálise uma concepção estrutural da paranóia, uma aproximando-a da esquizofrenia (posição esquizo-paranoide), no contexto de uma definição da relação de objeto, o outro fazendo dela a própria essência do processo psicótico. (ROUDINESCO,1944).

O esquizofrênico não vai ao médico porque se sente mal. Ele vai ao médico porque os “outros” o levam e dizem que ele tem algo errado. Quem denuncia seu sintoma são os “outros”. Os remédios controlam o esquizofrênico, mas não devolvem afeto e não os tiram dos sintomas negativos. Aliás, o próprio termo sintoma negativo já soa estranho, pois “negativo” é o sintoma que não se mostra. O remédio pode ajudar a criar a base para que o psicanalista possa intervir, mas só o remédio também não basta. Karlin (2014).

Segundo o autor Itiro Shirakawa na *RevBrasPsiquiatr 2000*, no item *Psicoterapia*, diz que não se recomendam psicoterapias baseadas em interpretações, com várias sessões por semana e por longos anos", porem ele utiliza a psicanalise que tem essas características, muitas vezes aliada a outras aproximações como psicofarmacoterapia, observando um acentuado desenvolvimento emocional em muitos dos seus pacientes, tal colocação contrasta com sua experiência clínica.

Baseando-se na provável, mas ainda não comprovada etiologia biológica da doença, só reconhece intervenções quantificáveis e que visam uma redução dos sintomas. Em relação à esquizofrenia, por exemplo, disfunções dopaminérgicas<sup>16</sup>que seriam causais há algumas décadas, são agora vistas como provavelmente secundárias a patologias estruturais ou de desenvolvimento cerebral. (SHIRAKAWA, 2000).

Já Segundo Almasan e Gimenez (2006), afirmam que a esquizofrenia é uma doença que se modifica muito rápido e facilmente, é considerada uma doença heterogênea, que não existe cura para essa doença, que todas as intervenções terapêuticas devem ser adaptadas as necessidades de cada paciente individual.

Almasan e Gimenez (2006) ainda esclarece que uma organização útil da sintomatologia descritiva do transtorno constitui-se numa visão em três grupos: 1) sintomas positivos; 2) sintomas negativos e 3) relacionamentos pessoais desordenados, como seguem:

- 1) **Os sintomas positivos:** incluem distúrbios do conteúdo do pensamento, como por exemplo, os delírios, distúrbios da percepção, ou seja, a alucinações e as manifestações comportamentais tais como: (catatonia e agitação), que se desenvolvem num curto espaço de tempo e com frequência acompanhando um episódio agudo. (ALMASSAN; GIMENEZ, 2006).

---

<sup>16</sup>A teoria dopaminérgica da esquizofrenia foi baseada na observação de que certas drogas tinham habilidade em estimular a neurotransmissão da dopamina (DA). Constatou-se que a droga psicoestimulante anfetamina, quando administrada em doses altas e repetidas, causa uma psicose tóxica com características muito semelhantes às da esquizofrenia paranóide em fase ativa. (SILVA 2006).

- 2) **Os sintomas negativos:** Podem ser designados por uma série de padrões que sugere anormalidade da estrutura cerebral, ou seja, incluindo o ajustamento pré - mórbido pobre, mau desempenho escolar, maior dificuldade na manutenção de emprego, pobre desempenho na testagem cognitiva, assim os sintomas negativos tem pouca resposta no seu tratamento. (ALMASSAN; GIMENEZ , 2006).
- 3) **Os relacionamentos pessoais desordenados:** incluem várias dificuldades interpessoais, tão variadas quanto à variação da personalidade humana, por exemplo: solicitações excessivas, isolamento social, expressões inadequadas de agressão e sexualidade, falta de consciência das necessidades dos outros. (ALMASSAN; GIMENEZ , 2006).

Trinca.W (2011) Diz que o “paciente esquizofrênico que chega à análise geralmente se encontra em estado de ruptura consigo próprio, ou seja, o rompimento consigo próprio e esse paciente chega se sentindo-se invalidado e aniquilado sob inúmeros aspectos, além de estar repleto de fraqueza e desesperança”.

Também em uma perspectiva de atuação em uma clínica da psicose, aquilo que definirá a participação ou não dos pais no tratamento de seu filho não pode ser considerado uma regra pré-definida. Dependerá então da posição, como representantes do Outro eles sustentam na relação com seu filho: se colocam em cena outro inconsistente, tirânico, indiferente ou invasor. (TAVARES, 2003).

Em uma atuação de uma psicanalista Lacaniana tem que ter claro, quem é este Outro que participará do tratamento da criança atendida e não apenas uma figuras de carne e osso chamadas de pais. É a partir disto que o analista definirá a participação ou não deles no tratamento. (TAVARES, 2003).

Não é de realidade que se trata com ele, mas de certeza. O psicótico acredita naquilo que ele está vendo como certeza. (LACAN, 1955-1956. p,91).

Mesmo quando ele se exprime no sentido de dizer que o que sente não é da ordem da realidade, isso não atinge a sua certeza, que lhe concerne. Essa certeza é radical. O natural mesmo daquilo de que ele está certo pode muito bem continuar sendo de uma ambigüidade perfeita, em toda a gama que vai da malevolência à benevolência. Mas isso significa alguma coisa de inabalável para ele. (LACAN, 1955-1956. p,91).

## **6. QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE MENTAL DOS PACIENTES COM DIAGNOSTICO DE ESQUIZOFRÊNICOS.**

Esse interesse em relação à qualidade de vida desses indivíduos portadores de esquizofrenia, começou com uma grande preocupação com o retorno dos doentes mentais. As questões como a pobreza e o isolamento social tornaram-se preocupações pessoais dos pacientes agressores de hospitais psiquiátricos (SOUZA; COUTINHO, 2006). Esses fatores podem ter uma contribuição para que esses indivíduos apresentem dificuldades em aproveitar uma qualidade de vida adequada (SOUZA *et al.* 2017).

Segundo Sousa *et al.* (2017) ao citar a OMS (Organização Mundial da Saúde), a qualidade de vida é a da percepção que o paciente tem acerca da sua posição na vida, se inserindo em contextos dos sistemas de cultura e valores. Tendo relação aos seus objetivos, padrões, esperanças e preocupações que ele tem sobre aquela doença.

Souza destaca que “em condições crônicas, a qualidade de vida torna-se ainda mais importante, pois uma vez que o tratamento não é curativo, como no caso dos transtornos mentais graves e persistentes”. (SOUZA; COUTINHO, 2006).

Os avanços nesse tratamento da esquizofrenia, nem sempre vem acompanhados da melhora na qualidade de vida desses pacientes, levando em consideração aspectos psicossociais no paciente. (SOUZA 2017 apud MALDONADO). Aspectos estes que vão conduzir o sujeito a acreditar que pertence a uma rede de comunicação e obrigações mútuas, assim o sujeito terá ao seu dispor recursos e unidade sociais (Souza, 2017 apud Pais; Ribeiro).

O suporte social nesse aspecto tem sido considerado um papel importante na qualidade de vida destes pacientes com transtornos esquizofrênicos. (SOUZA *et.al* 2017).

Como podemos notar a esquizofrenia é uma doença que não tem cura, mas através dos medicamentos que são utilizados para o controle das crises, esse tratamento é considerado um tratamento paliativo. Tendo esse controle das crises esse paciente tem uma qualidade de vida melhor. Assim, essa atenção voltada para a qualidade de vida tanto dos pacientes com transtornos esquizofrênicos, quanto para os familiares favorecerá uma qualidade de vida para ambos (MORAIS. M, 2015).

## 7. MATERIAL E MÉTODOS

O objetivo de nossa pesquisa é compreender como a psicanálise vem estudando os sintomas na esquizofrenia e suas terapêuticas como proposta de restabelecer ao paciente o contato com a realidade para uma vida saudável e de qualidade. Dessa maneira, será utilizada a revisão de literatura, já especificado em nosso objetivo específico.

Esse tipo de pesquisa se propõe a “aquisição e atualização de conhecimento sobre um determinado tema em curto período de tempo” [...] apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento ou o "estado da arte" de um determinado assunto, sob ponto de vista teórico ou contextual (ROTHER, 2007). Como fonte dos dados será utilizado artigos, livros e produções acadêmicas em geral que abordem o tema em questão.

Para a realização do estudo, será utilizado como base para a coleta dos dados o(s) repositório(s): SciELO os artigos encontrados nesse repositório passam por um processo minimamente rigoroso para sua publicação. Também engloba várias áreas do conhecimento como Ciências Agrárias, Ciências Biológicas, Ciências da Saúde, Ciências Exatas e da Terra, Ciências Humanas, Ciências Sociais e Aplicadas, Engenharias, Linguística, Letras e Artes e Psicanálise. Periódicos Eletrônicos em Psicologia - PePSIC. Difusão de periódicos em psicologia da América Latina com critérios de inclusão das revistas. Tem um formato de busca baseado na Scielo, apesar de ser uma base diferente. Também Foi utilizado o livro de Freud caso Schreber (1991-1913), dicionário de psicanálise sobre esquizofrenia com Roudinesco e com Pontalis e Laplanche e revistas de psicanálise- tais como variantes da cura, revista da associação psicanalítica de porto alegre, Pluralidades em Saúde Mental-Curitiba, Revista brasileira de psiquiatria, Revista Estudos Psicanalíticos.

A busca pelos materiais utilizará os seguintes termos de busca, de palavras chaves como: alucinações e delírios, psicanálise e esquizofrenia, tratamento psicanalítico com esquizofrênicos, esquizofrenia e psicanálise, psicanálise e psiquiatria, esquizofrenia e atenção básica, psicose e psicanálise de maneira que ao utilizar essas palavras chaves, obtivemos melhores resultados das pesquisas. Cabe destacar, ainda, que, os textos que estão na SciELO estarem também no PePSIC, optamos por realizar a busca nas duas bases pois utilizam motores de busca diferentes. Nesse estudo o pesquisador incluirá somente pesquisas sobre os sintomas relacionados á esquizofrenia e sob o enfoque na abordagem psicanalítica. Sob os sintomas incluem delírios e alucinações na esquizofrenia. E não estará incluído nesta pesquisa outros conceitos como neurose e perversão e a esquizofrenia associado as outras doenças.

## 8. ANÁLISE E DISCUSSÃO

Conforme o desenvolvimento desse trabalho foi abordado ao longo desta pesquisa, e a partir do objetivo proposto, a análise teve como base o conteúdo estudado, e foi analisado o conteúdo e sua trajetória, tanto nos aspectos quantitativos como qualitativos. A análise do conteúdo é um conjunto de instrumentos de cunho metodológico em constante aperfeiçoamento, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. (BARDIN, 2011).

Partindo da psicanálise procuramos discutir como esta abordagem vem estudando os sintomas na esquizofrenia, como os delírios e as alucinações e suas terapêuticas, para que o paciente possa ter uma vida com qualidade.

O termo esquizofrenia foi proposto por Bleuler, estabelecendo o conceito nosológico e nosográfico (JARDIM 2011). Cujos seus sintomas mais comuns são delírios e alucinações ou discurso desorganizado e o afastamento do mundo externo, vivendo sua própria realidade e a esquizofrenia pode ocorrer no começo da adolescência até os 30 anos de idade em média, como descrito no DSM-V (DSM-V, 2013).

Para Miguelez (2011), A esquizofrenia – como categoria nosográfica surgiu da interface da psicanálise com a psiquiatria, concebida por Bleuler como um conceito da psicopatologia, derivada de sua antecessora demência precoce, e abordada como fenômeno natural por Kraepelin. E na hipótese freudiana entendida como uma ruptura com o mundo e com os outros, e para Lacan como uma psicose estando ligado ao campo da linguagem.

Os estudos mostraram que a influência da genética nessa patologia está caracterizada e também outros fatores como ambientais e as alterações da estrutura e químicas cerebrais, embora a natureza exata do modo de transmissão, ainda não é clara. (SILVA, 2015).

O esquizofrênico apresenta os sintomas fundamentais como o autismo, a ambivalência afetiva, as alterações da afetividade e os próprios distúrbios das associações. Já os sintomas acessórios podem não estar presentes em todos os casos e/ou em todos os momentos e são representados pelos delírios, pelas alucinações e pelos quadros catatônicos, entre outros. (PEREIRA 2000, pág. 162.)

Quando esquizofrenia diagnosticada em fase mais avançada constitui um problema de saúde pública a ser enfrentado, especialmente no âmbito dos serviços que compõem a atenção básica, cabendo aos profissionais propiciar cuidados, também, em saúde mental voltado às pessoas com esquizofrenia, mesmo que estas estejam sob os cuidados de outros profissionais. (SILVA, 2019).

E mesmo com os avanços advindos com a terapêutica medicamentosa e o novo paradigma da reabilitação psicossocial que estimula o processo de convívio social da pessoa com transtorno mental, os profissionais da área da saúde vem demonstrando desconhecimento ou falta de habilidade em lidar com pacientes diagnosticado com esquizofrenia e seus familiares. (SILVA 2019). Sendo assim o paciente na reabilitação psicossocial facilita a oportunidade para esse sujeito, que são prejudicados, invalidados por uma desordem mental-alcançarem um ótimo nível de funcionamento independente na comunidade. (HIRDES; KANTORSK, 2004).

É importante conhecer as necessidades dos cuidadores e das famílias e assim traçar estratégias para a resolução dessas demandas. Visto que para a garantia da assistência integral e humanizada na rede de saúde mental, conforme é recomendado pela reforma psiquiátrica, existe a necessidade de suporte financeiro à rede dos serviços comunitários em saúde e sistematização do processo de trabalho (SILVA *et al*, 2019).

O papel da família é importante no tratamento do paciente com esquizofrenia, igual destaca Mello *et al.*, (2019) pois o indivíduo precisa restabelecer o seu contato no convívio social, visto que o paciente em grande parte do tempo está junto à família. Explica Menezes (2000) como Uma das principais dimensões do prognostico negativo é o prejuízo no afastamento social. Onde tem a maior relação com o prognostico do que os sintomas positivos, e costumam ser mais persistente, como afirma DSM-v (2013).

Para Freud, os sintomas como alucinações e os delírios na paranoia e suas relações com a defesa situa o delírio de observação, juntamente às alucinações táteis, visuais e auditivas, como sintomas do retorno do recalcado, isto é, considerando ainda neurose (CALANZA; REIS 2014). Freud ainda vai dizer que o apresenta nos seus sintomas, uma tentativa de cura ou uma reconstrução da realidade (NOBRE; 2011). Devemos ressaltar que para Freud, a psicose era vista como uma doença intratável, notável diferença na clínica Lacaniana, que embora partisse dos estudos de Freud, especificamente, do caso Schreber, afirmou que era possível tratar um psicótico (GUERRA, 2010).

Lacan parte do estudo sobre o caso Schreber que foi apresentado por Freud, Lacan olha pra esses sintomas da psicose como um transtorno tratável e ainda afirma que o analista não deve recuar em nenhum caso de psicose. Lacan então introduz o termo foracclusão, termos esse que designa a psicose, onde o indivíduo não passou pelo processo de castração. (LACAN, 1998).



O esquizofrênico não vai ao médico porque se sente mal. Ele vai ao médico porque os “outros” o levam e dizem que ele tem algo de errado. Quem denuncia seu sintoma são os “outros” (Para explicar esse outro minúsculo quer dizer: o seu semelhante, seu pais, seus cuidadores, seus parentes, seus vizinhos etc.). Os remédios controlam o esquizofrênico, mas não devolvem afeto e não os tiram dos sintomas negativos. Aliás, o próprio termo sintoma negativo já soa estranho pois “negativo” é o sintoma que não se mostra. E o remédio pode ajudar a criar a base para que o psicanalista possa intervir, mas só o remédio também não basta. (KARLIN, 2014).

A psicanalista Karlin (2014) em seu estudo de caso não interpretava seu paciente, devido seu paciente estar com o ego muito fragmentado, e outro empasse da técnica psicanalítica com esse sujeito psicótico é a dificuldade no estabelecimento da transferência desses com o psicanalista, sabendo o quanto a transferência é indispensável, para o êxito de uma análise.

Alguns autores, também destacam que não é recomendada a técnica da interpretação para esse paciente esquizofrênico, mas segundo Itiro Shirakawa (2000), ele usa a psicanálise que tem essas características junto com a psicofarmacologia.

Almasan e Gimenez (2006), afirmam que não existe o tratamento de esquizofrenia e que todas as intervenções terapêuticas devem ser adaptadas às necessidades de cada paciente individual.

Essas terapêuticas podem ser encontradas no Caps – Centro de atenção psicossocial com proposta assistencial que deve oferecer tratamento que valorize a reinserção social e a melhora das condições de vida dos usuários, assistidos nesse espaço terapêutico. (MOLL; SAEKI, 2009).

Em relação às terapêuticas na psicanálise alguns autores tais como a Psicanalista Karlin, em um dos seus estudos de caso mostra que essa terapêutica clínica é diferente pois não é de interpretar. Para Freud a psicose era algo intratável, diferente de Lacan que mostra que a psicose é tratável (GUERRA, 2010). Outro ponto que os autores destacam que não é possível a utilização de transferência, no tratamento dessa psicose, pois o paciente está com ego fragmentado e por esse motivo não será possível, mas com a psicofarmacologia é possível o tratamento do paciente, igual cita os autores Karlin, Shirakawa, Almasan e Gimenez.

## 9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa se propôs como objetivo geral em Compreender como a psicanálise vem estudando os sintomas na esquizofrenia e suas terapêuticas como proposta de restabelecer ao paciente o contato com a realidade para uma vida saudável e de qualidade. Através dos levantamentos espera-se que os assuntos obtidos nesta pesquisa possam contribuir para a vida desses pacientes com esse diagnóstico. Como já foi citado o termo esquizofrênico foi criado por Eugen Bleuler, cujo seus sintomas mais comuns são as alucinações e os delírios, que pode aparecer no início da adolescência como muitos autores destacam. Os pacientes com esse transtorno psicótico muitas vezes se isolam do mundo externo e acaba vivendo na sua própria realidade, e obtendo grandes prejuízos, tais como: tais como distanciamento social, delírio de perseguição, e muitas vezes cometem até o suicídio, esse sujeito psicótico ele acredita naquilo que ele está vendo e ouvindo, criando uma situação delirante e se concentra como uma verdade. A família nesse contexto é muito importante no tratamento do esquizofrênico. Muitas vezes o paciente esquizofrênico acaba sendo excluído pela família ou por ele mesmo, quando isso ocorre acaba agravando o quadro clínico do paciente, quando se tem o apoio da família muitas das vezes o paciente consegue restabelecer seu contato com o convívio social. O paciente com esquizofrenia sofre muito preconceito e desse modo foi criado o dia da esquizofrenia no Brasil, esse evento deveria ser mais divulgado, para que as pessoas pudessem se conscientizar e entender melhor esse quadro, e para preparar tanto o paciente, quanto os familiares que receberam esse diagnóstico.

No levantamento apresentado podemos perceber que é possível o paciente psicótico restabelecer seu contato com a realidade e ter uma vida saudável e de qualidade, mas para que isso ocorra a paciente precisa da farmacologia e da terapêutica proposta pelo CAPS- Centro de atenção psicossocial, para que ele possa através do acompanhamento interdisciplinar, possa reduzir os surtos e entender suas alucinações e seus delírios.

Freud, na biografia do caso Schreber, revela que nunca teve qualquer contato com o paciente, que seu único contato foi por meio de cartas, podemos compreender que nesse caso para Freud ele parte da histeria, ou seja partiu da neurose para depois ir para psicose, ele compreende que o caso de delírio de Schreber era uma tentativa de ruptura psíquica na psicose, feita pelo doente.

A psicose termo que foi tratado pela medicina, foi estudada a partir de Freud, porém ele não avançou as explicações das psicoses. Foi então através dos desdobramentos da psicanálise, que Lacan propôs o termo forclusão, cujo termo é utilizado para designar um mecanismo

específico dessa psicose, onde o sujeito alucina e delira. Essas alucinações e delírios para Lacan ocorre quando o paciente não passou pela falta e pelo processo da castração, desse modo ocorre esses delírios.

Na psicanálise trata desse termo psicose para identificar o paciente com transtornos mentais, igual está no DSM-V. Podemos observa que cada psicanalista trata seu paciente de um modo diferente, mas todos com o mesmo objeto. Alguns autores dizem que não é possível trabalhar através de interpretação com fala do paciente psicótico, por muito tempo, até porque o paciente nesse estado tem a linguagem desorganizada, mas é possível trabalhar junto com a psicofarmacologia. No exemplo do caso da psicanalista Karlin (2014) ela não interpreta o paciente, mas usa da associação livre e direciona perguntas, até porque o paciente psicótico está com ego muito fragmentado.

Outros pontos que devemos destacar é que muitos profissionais de saúde não tem um preparo para lidar com esse tipo de transtornos, e identificar os tipos de esquizofrenia existente como, por exemplo: hebrefenica, catatônica, residual, paranoide, e através das terapêuticas, da psicofarmacologia e dos acompanhamentos o paciente consegue diminuir seus surtos. Partindo de Freud ele fica somente na neurose, considerando os sintomas da esquizofrenia, apenas um rompimento com a realidade e que não é possível de tratar e ocorrer a transferência. Mas, para Lacan, como podemos observar, através do caso Schreber que é possível ter um tratamento.

Esse paciente, com os cuidados necessários, é possível sim ter uma vida mais saudável e de qualidade, assim podendo voltar sua rotina normal. A esquizofrenia é considerada um transtorno que afeta muitas pessoas, porém a farmacologia, auxiliar esse paciente a diminuição das crises e voltar a restabelecer seu contato com a realidade, junto com as terapêuticas citada na pesquisa, tendo esse controle das crises desse paciente ele pode ter uma qualidade de vida melhor, não só para ele, mas para seus familiares também.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMASAN, Daisy Ariane; GIMENEZ, Rosane Montefusco. **Formas de Tratamento do Paciente Esquizofrênico**, Garça/Sp, v., p. 1-10, nov. 2006. Disponível em: <[http://faef.revista.inf.br/imagens\\_arquivos/arquivos\\_destaque/FWkFz5z2GTQFN4v\\_2013-5-10-15-35-19.pdf](http://faef.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/FWkFz5z2GTQFN4v_2013-5-10-15-35-19.pdf)>. Acesso em: 13 set. 2021.
- ALVARENGA, Fabíola Moreira. **O fenômeno psicótico: sob a ótica de Freud e Lacan**. CliniCAPS, Belo Horizonte, v. 2, n. 5, p. x, ago. 2008. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-60072008000200003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-60072008000200003&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 25 out. 2021.
- AMARAL, Vanessa Ferraz do. **Esquizofrenia: da dementia praecox às considerações contemporâneas**. Vínculo, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 19-30, dez. 2014. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-24902014000200004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902014000200004&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 30 set. 2021.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V)**, 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2014: 87-122, 2013. Disponível em: <[https://www.siicsalud.com/pdf/TH46-DSM-V-Esquizofrenia-v3pag\\_final.pdf](https://www.siicsalud.com/pdf/TH46-DSM-V-Esquizofrenia-v3pag_final.pdf)>. Acesso em: 20 set. 2021.
- AZEVEDO, Monia Karine; MELLO NETO, Gustavo Adolfo Ramos. **O desenvolvimento do conceito de pulsão de morte na obra de Freud**. Rev. Subj., Fortaleza, v. 15, n. 1, p. 67-75, abr. 2015. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2359-07692015000100008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-07692015000100008&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 05 nov. 2021.
- BALDAÇARA, Leonardo; BORGIO, João Guilherme Fiorani. **Tratamento do transtorno delirante persistente**. Delusional disorder treatment, São Paulo, p. 56-61, 2019.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011, 229 p.
- BEZERRA, Marcília Poncyana Félix. **O que nos contam nossos delírios sobre a nossa própria história?** Notas sobre o conto “O Delírio”, de Clarice Lispector. Let. Ideias, João Pessoa, v. 3, n. 2, p. 170-179, dez. 2019.
- BRASIL. **Ministério da Saúde**: Caderno da atenção básica. Brasília: Ms, 2013. 143 p. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_34\\_saude\\_mental.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf)>. Acesso em: 05 nov. 2021.
- BLEULER, Jussara Falek. **O outro em Lacan: Consequências clínicas**. Psicol. USP, São Paulo, v. 5, n. 1-2, p. 309-333, 1994. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1678-51771994000100020&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-51771994000100020&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 17 out. 2021.

- BRIGGS, Raquel; RINALDI, Doris. **O sujeito psicótico e a função do delírio**. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, [S.L.], v. 17, n. 3, p. 416-430, set. 2014. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlpf/a/ckQYC33RW48Tm6JVkPn5vnP/?lang=pt>>. Acesso em: 03 nov. 2021.
- BULHÕES, Maria Ângela. **CLÍNICA DAS PSICOSES: Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre**, Porto Alegre, p. 40-47, out. 2003. Disponível em: <<https://appoa.org.br/uploads/arquivos/revistas/revista25.pdf>>. Acesso em: 23 out. 2021.
- CALAZANS, Roberto; REIS, Leandro Nogueira dos. **O conceito de paranoia em Freud**. The Freudian concept of paranoia, [s. l.], p. 80-95, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pcp/a/P89J6CJCqSMtQXn94KHn74f/?lang=pt>>. Acesso em: 4 nov. 2021.
- Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID - 10**: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artmed, 1993. Disponível em: <<http://clinicajorgejaber.com.br/novo/wp-content/uploads/2018/05/CID-10.pdf>>. Acesso em: 13 set.2021
- CORIAT. A.; PISANI. C. **Um caso de S. Freud: Schreber ou a paranóia**. In: NASIO, J-D. Os grandes casos de psicose. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001. Disponível em: [https://vertov14.files.wordpress.com/2011/01/schreber-o-la-paranoia\\_coriat-y-pisani.pdf](https://vertov14.files.wordpress.com/2011/01/schreber-o-la-paranoia_coriat-y-pisani.pdf). Acesso em: 04 nov. 2021.
- COUTINHO, Alberto Henrique Soares de Azeredo. **Schreber e as psicoses na psiquiatria e na psicanálise: uma breve leitura**. Reverso, Belo Horizonte, v. 27, n. 52, p. 51-61, set. 2005. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-73952005000100008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-73952005000100008&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 05 nov. 2021.
- D'AGORD, Marta. **Esquizofrenia**, os limites de um conceito. 2005. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/psicopatologia/esquiz1.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2021.
- DIB, Monica *et al.* **Transtorno de pânico e hipocondria**. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, [S.L.], v. 55, n. 1, p. 82-84, 2006. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/dvXKpr46QrVQJkCN9WhCZfK/?lang=pt>>. Acesso em: 05 nov. 2021.
- DSM-5. **DSM-5 Diagnóstico da esquizofrenia**. Porto Alegre: American Psychiatric Association, 2013. 122 p. Disponível em: <[https://www.siicsalud.com/pdf/TH46-DSM-V-Esquizofrenia-v3pag\\_final.pdf](https://www.siicsalud.com/pdf/TH46-DSM-V-Esquizofrenia-v3pag_final.pdf)>. Acesso em: 13 set.2021

- Portal Entendendo a esquizofrenia. **Live pelo Dia da Conscientização da Esquizofrenia**. 2021. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=EhOT99aY3kk>. Acesso em: 10 set. 2021.
- FAGUNDES, Giselle Soares *et al.* **Matriciamento em Saúde Mental**: análise do cuidado às pessoas em sofrimento psíquico na atenção básica. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 26, n. 6, p. 2311-2322, jun. 2021. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/McmFdYbq6pRgTMqJXtzVfbP/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 20 out. 2021.
- FARIA, Fabiana Angélica Costa *et al.* **O corpo em psicanálise: o caso schreber**. *Horizonte Científico*, Uberlândia, v. 5, n. 2, p. 1-30, dez. 2011.
- FREUD, S. (1923). **O Ego e o Id**. In: FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. v. 19. Rio de Janeiro: Imago, 1990, p. 11-170. Disponível em: <https://conexoesclinicas.com.br/wp-content/uploads/2015/01/freud-sigmund-obras-completas-imago-vol-19-1923-1925.pdf>. Acesso em: 04 nov.2021
- FREUD, S. (1924[1923]). **Neurose e psicose**. *ESB*, vol. XIX, 1996. Disponível em: <https://psiquiatriabh.com.br/wp/wp-content/uploads/2015/01/Perda-da-realidade-na-neurose-e-psicose.pdf>. Acesso em: 13.out.2021
- FREUD, S. **A história do movimento psicanalítico** (capítulo I). Imago. Volume XIV, 2006
- FREUD, Sigmund. **Observações Psicanalíticas um caso de paranoia relato de uma autobiografia "o caso Schreber"**. 10. ed. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 1911-1913. 275 p. Tradução de Paulo Cesar de Souza. Disponível em: [http://www.lotuspsicanalise.com.br/biblioteca/Freud\\_Sigmund\\_caso-Schereber.pdf](http://www.lotuspsicanalise.com.br/biblioteca/Freud_Sigmund_caso-Schereber.pdf). Acesso em: 10 out. 2021.
- GERBASE, Jairo. **O poder do grande Outro**. Associação Científica Campo Psicanalítico, Salvador, p. 26-28, out. 2010. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-94792010000100005](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-94792010000100005). Acesso em: 16 nov. 2021.
- GUERRA, Andréa Máris Campos. **A psicose**. Zahar, Rio de Janeiro, p. 7-88, 2010. Disponível em: <https://lotuspsicanalise.com.br/biblioteca/Andrea-M.-C.-Guerra-A-Psicose.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2021.
- HIRDES, Alice; KANTORSK, Luciane Prado. **Reabilitação psicossocial**: objetivos, princípios e valores. [s. l], p. 217-221, 2004. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5823252/mod\\_resource/content/1/Reabilitacao\\_psicossocial\\_Hirdes%20%282%29.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5823252/mod_resource/content/1/Reabilitacao_psicossocial_Hirdes%20%282%29.pdf). Acesso em: 10 nov. 2021.

- HOMEM, Maria. **Retorno do recalçado**. Youtube, 11 set. 2021. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=gIshJNlz0PI>>. Acesso em: 23 nov. 2021.
- JARDIM, Luciane Loss. **A fragmentação do eu na esquizofrenia e o fenômeno do transitivismo: um caso clínico**. Rev. Mal-Estar Subj., Fortaleza, v. 11, n. 1, p. 267-284, mar. 2011. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-61482011000100010&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482011000100010&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 14 set. 2021.
- KARLIN, Maria Izabel Fernandes. Caso clínico: **A esquizofrenia sob o olhar da psicanálise**. Estud. psicanal., Belo Horizonte, n. 41, p. 93-110, jul. 2014. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-34372014000100010&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372014000100010&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 13 set. 2021.
- KRACHENSKI, Nicole Batista; OLIVEIRA, Emily Correa. **A esquizofrenia na compreensão analítico-comportamental: evolução histórica e perspectivas contemporâneas**. Pluralidades em Saúde Mental, Curitiba, v. 7, p. 115-134, jul. 2018. Disponível em: file:///C:/Users/HOME/Downloads/128-666-1-PB.pdf. Acesso em: 14 out. 2021.
- LACAN, Jacques. **O semanário: livro 3 psicoses**. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1955-1956. 267 p. Disponível em: <<https://lotuspsicanalise.com.br/biblioteca/Jacques-Lacan-O-seminario-Livro-3-As-psicoses.pdf>>. Acesso em: 05 nov. 2021.
- LACET, Cristine. **Da forclusão do Nome-do-Pai à forclusão generalizada: considerações sobre a teoria das psicoses em lacan**. Psicologia Usp, [S.L.], v. 15, n. 1-2, p. 243-262, jun. 2004. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-65642004000100023>. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pusp/a/TywNpBk4P3PMhrWFjY9WbNR/?lang=pt>>. Acesso em: 16 nov. 2021.
- MARINHO, Ney Couto; SOUZA FILHO, Danilo Marcondes de. **Razão e psicanálise: caso schreber (freud, 1911), revisitado a partir das contribuições de marcia cavell e ludwig wittgenstein**. 2006. 63 f. Tese (Doutorado) - Curso de Psicologia, Puc - Rio, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <<https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/colecao.php?strSecao=resultado&nrSeq=8964@1>>. Acesso em: 05 nov. 2021.
- MENEZES, Paulo R. **Prognóstico da esquizofrenia**. Revista Brasileira de Psiquiatria, [S.L.], v. 22, n. 1, p. 18-20, maio 2000. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1516-44462000000500007>. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbp/a/6hbn67t53FxDCLjT5FnhnYL/?format=html&lang=pt>>. Acesso em: 17 out. 2021.
- MIDON, Rafaella Otolini. **Esquizofrenia e afetividade**. 2018. 20 f. TCC (Graduação) - Curso de Psicologia, Centro Universitário Unifaat, Guarujá, 2018. Disponível em: <<http://186.251.225.226:8080/handle/123456789/110>>. Acesso em: 17 maio 2021.

- MIGUELEZ, Oscar Manuel. **Linguagem e esquizofrenia: de coisas e palavras**. 2011. 221 f. Tese (Doutorado) - Curso de Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo Puc-Sp, São Paulo, 2011. Disponível em: <[http://www.psicopatologiafundamental.org.br/uploads/files/dissertacoes\\_e\\_teses/tes\\_e\\_oscar\\_migueliez.pdf](http://www.psicopatologiafundamental.org.br/uploads/files/dissertacoes_e_teses/tes_e_oscar_migueliez.pdf)>. Acesso em: 01 out. 2021.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Editora MS, 2004. 86 p. ISBN N 85-334-0775-0. Disponível em: <[http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/sm\\_sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf)>. Acesso em: 4 nov. 2021.
- MOLL, Marciana Fernandes; SAEKI, Toyoko. **Social life of people with diagnosis of schizophrenia, attended at a psychosocial care center**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, [S.L.], v. 17, n. 6, p. 995-1000, dez. 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-11692009000600011>. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlae/a/5RzrdrsNCng5vTHCtPBMQRN/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 02 out. 2021.
- MORAIS, Geuza Ferreira de. **Etiologia e desenvolvimento da esquizofrenia: diferentes perspectivas e tendências atuais**. 2006. 84 f. TCC (Graduação) - Curso de Psicologia, Associação Cultural e Educacional de Garça - Aceg Faculdade de Ciências da Saúde – Fasu, Garça, 2006. Disponível em: <<http://newpsi.bvs-psi.org.br/tcc/20.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2021.
- NOBRE, Thalita Lacerda. **Algumas considerações psicanalíticas a respeito da esquizofrenia**. Algumas Considerações Psicanalíticas A Respeito da Esquizofrenia, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 67-78, 2011. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/6793/4916>>. Acesso em: 13 set. 2021.
- NUNES, Priscila Luzia Pereira; VOLTOLINI, Cleidi Boing; SILVA, Eliézer Ferreira da; BOLETA-CERANTO, Daniela de Cassia Faglioni. **Subtipos de esquizofrenia / Sub-types of schizophrenia**. Brazilian Journal Of Health Review, Curitiba, v. 3, n. 5, p. 12196-12199, out. 2020. Disponível em: <<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/16409>>. Acesso em: 17 maio 2021.
- OLIVEIRA, Renata Marques; FACINA, Priscila Cristina Bim Rodrigues; SIQUEIRA JÚNIOR, Antônio Carlos. **A realidade do viver com esquizofrenia**. Revista Brasileira de Enfermagem, [S.L.], v. 65, n. 2, p. 309-316, abr. 2012. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/xCB7BQk3xcCnccx89pqRRpz/?lang=pt>>. Acesso em: 10 nov. 2021.



- PEREIRA, Mário Eduardo Costa. Bleuler e a invenção da esquizofrenia. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, [S.L.], v. 3, n. 1, p. 158-163, mar. 2000. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pusp/a/Vt9jGsLzGs535fdrsXKHXzb/?lang=pt>>. Acesso em: 20 jul. 2021.
- PONTES, Samira; CALAZANS, Roberto. Sobre alucinação e realidade: a psicose na cid-10, dsm-iv-tr e dsm-v e o contraponto psicanalítico. *Psicologia Usp*, [S.L.], v. 28, n. 1, p. 108-117, abr. 2017. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pusp/a/xGHR6Rd94d8HnDXTMNF8swD/?lang=pt&format=html>>. Acesso em: 01 out. 2021.
- QUINET, Antonio. **Os outros em Lacan**. Rio de Janeiro: Zahar, 2012. 86 p. Disponível em: <[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4097934/mod\\_resource/content/1/288261375-Antonio-Quinet-Os-Outros-Em-Lacan.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4097934/mod_resource/content/1/288261375-Antonio-Quinet-Os-Outros-Em-Lacan.pdf)>. Acesso em: 23 nov. 2021.
- RODRIGUES, Carlos Eduardo; DE CASTRO, Júlio Eduardo. **Inventar um corpo: Schreber e sua metáfora delirante**. *Rev. Subj.*, Fortaleza, v. 16, n. 3, p. 70-83, dez. 2016. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2359-07692016000300006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-07692016000300006&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 07 nov. 2021.
- ROUDINESCO, Elisabeth. **Dicionário de psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1944. 866 p. Tradução de: o Vera Ribeiro, Lucy Magalhães. Disponível em: <[http://professor.pucgoias.edu.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/8941/material/Roudinesco\\_Elisabeth\\_Plon\\_Michel\\_Dicionario\\_de\\_psicanalise\\_1998.pdf](http://professor.pucgoias.edu.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/8941/material/Roudinesco_Elisabeth_Plon_Michel_Dicionario_de_psicanalise_1998.pdf)>. Acesso em: 21 out. 2021.
- SANTANA, Ana Flávia Ferreira de Almeida *et al.* **Qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia internados em hospital de custódia**. 2009. 8 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (Ufmg, Minas Gerais, 2009). Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/KQBzNyBkLkxJMPvmgdXhGNv/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 20 set. 2021.
- SANTOS, Maria Josefina Medeiros. **Algumas contribuições de Freud e Melanie Klein no campo das psicoses: confluências e divergências**. *Mosaico Estudo em Psicologia*, Belo Horizonte, v. 4, n. 1, p. 10-17, 2010. Disponível em: <<https://periodicos.ufmg.br/index.php/mosaico/article/view/12153/9823>>. Acesso em: 24 out. 2021.
- SANTOS, Tania Coelho dos; OLIVEIRA, Flávia Lana Garcia de. **Teoria e clínica psicanalítica da psicose em freud e lacan**. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 17, n.

1, p. 73-82, mar. 2012. Disponível em:  
 <<https://www.scielo.br/j/pe/a/zZ6T7Gsw3jYQbSry4CtZHmw/?lang=pt&format=pdf>  
 >. Acesso em: 24 out. 2021.

SCHRANK, Guisela; OLSCHOWSKY, Agnes. **O centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família.** Revista da Escola de Enfermagem da Usp, [S.L.], v. 42, n. 1, p. 127-134, mar. 2008. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em:  
 <<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/skxLSVThZb3bjP68Ms9NGJg/?lang=pt>>. Acesso em: 05 nov. 2021.

SCHREBER, Daniel Paul. **Memórias de um doente dos nervos.** Rio de Janeiro: Edições Graal Ltda, 1905. 316 p. Disponível em: <<https://conexoesclinicas.com.br/wp-content/uploads/2015/09/schreber-d-memorias-de-um-doente-dos-nervos.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2021.

SEGAL, Hanna. **Introdução à obra de melanie klein.** Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda., 1975. 145 p. Disponível em: <<https://lotuspsicanalise.com.br/biblioteca/introducao-a-obra-de-Melanie-Klein.pdf>>. Acesso em: 23 nov. 2021.

SHIRAKAWA, Itiro. **Aspectos gerais do manejo do tratamento de pacientes com esquizofrenia.** Revista Brasileira de Psiquiatria, [S.L.], v. 22, n. 1, p. 56-58, maio 2000. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em:  
 <<https://www.scielo.br/j/rbp/a/KgfQmK5WPLbfHzhdcTgFxDL/?lang=pt>>. Acesso em: 13 out. 2021.

SILVA, Ailton Pereira da *et al.* **Por trás da máscara da loucura: cenários e desafios da assistência à pessoa com esquizofrenia no âmbito da Atenção Básica.** Revista de Psicologia, [s. l.], v. 1, n. 31, p. 2-10, abr. 2019. Disponível em:  
 <<https://www.scielo.br/j/fractal/a/FdfxsJCF6tsG4Z3bRvKZwLD/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 10 out. 2021.

SILVA, Juliana Cecília Freitas. **Genes Envolvidos na Determinação da Esquizofrenia.** 2015. 47 p. Tese (Mestrado Ciências Farmacêuticas) - à Universidade Fernando Pessoa, [S. l.], 2015. Disponível em:  
 <[https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/5244/1/PPG\\_18775.pdf](https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/5244/1/PPG_18775.pdf)>. Acesso em: 4 nov. 2021.

SILVA, Regina Cláudia Barbosa da. **Esquizofrenia: uma revisão.** Psicol. USP, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 263-285, dez. 2006. Disponível em  
 <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1678-51772006000400014&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-51772006000400014&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 14 out. 2021.

SOUSA, Daniela *et al.* **Qualidade de vida e suporte social em doentes com esquizofrenia.** Psicologia, Saúde & Doenças, [s. l.], p. 91-101, 2017. Disponível em:  
 <<https://www.redalyc.org/pdf/362/36250481008.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2021.

- SOUZA, Leonardo Araújo de. **Avaliação da qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia**. 2005. 143 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Saúde Pública., A Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <[https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/25748/2/leonardo\\_araujo.pdf](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/25748/2/leonardo_araujo.pdf)>. Acesso em: 24 out. 2021.
- SOUZA, Leonardo Araújo de; COUTINHO, Evandro Silva Freire. **Fatores associados à qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia**. Revista Brasileira de Psiquiatria, [S.L.], v. 28, n. 1, p. 50-58, mar. 2006. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbp/a/NnqthbpPYkb9QjdVm8sT4GH/?lang=pt>>. Acesso em: 05 nov. 2021.
- TAVARES, Eda Estevanell. **O sentido da vida**. Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre, [s. l.], p. 9-17, out. 2003. Disponível em: <<https://appoa.org.br/uploads/arquivos/revistas/revista25.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2021.
- TEIXEIRA, Gustavo Luiz Caribé. **Delirium e delírio**. O portal dos psicólogos, São Paulo, p. 1-5, 2015. Disponível em: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0931.pdf>>. Acesso em: 04 out. 2021.
- TENÓRIO, Fernando. **Psicose e esquizofrenia**: efeitos das mudanças nas classificações psiquiátricas sobre a abordagem clínica e teórica das doenças mentais. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, [S.L.], v. 23, n. 4, p. 941-963, 15 ago. 2016. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/9r4mBrtsJ6w9RBd9hWSnTPb/?lang=pt>>. Acesso em: 10 out. 2021.
- TOMAZI, Ana Paula; EMIDIO, Laís; RICK, Elisete Rossato; SORATTO, Maria Tereza. **O CAPS na vida do portador de esquizofrenia**. Artigo original, [s. l.], p. 141-146, 2019.
- TRINCA, Walter. **Notas sobre a esquizofrenia no contexto da psicanálise**. Revista de Estudos Psicanalíticos, São Paulo, v. 29, p. 89-110, 2011. Disponível em: <[http://www.spbsb.org.br/site/images/Novo\\_Alter/2011\\_1/06Walter.pdf](http://www.spbsb.org.br/site/images/Novo_Alter/2011_1/06Walter.pdf)>. Acesso em: 24 out. 2021.
- ZANINI, Márcia H. **Psicoterapia na esquizofrenia**. Revista Brasileira de Psiquiatria, [S.L.], v. 22, n. 1, p. 47-49, maio 2000. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbp/a/H5qMqCy4KXvDqjxHfLvChQF/?lang=pt>>. Acesso em: 16 nov. 2021.