

ALGUNS ASPECTOS SOBRE CARACTERÍSTICAS ESQUIZÓIDES E ESQUIZOFRENIA ILUSTRADOS COM UM CONTO DE KAFKA*

JOÃO CARLOS MELO

Departamento de Saúde Mental da D.G.S.P., Ministério da Justiça, Lisboa.

RESUMO

O autor ilustra neste trabalho, a partir da obra de Kafka¹, *O Covil* e, com elementos literários e psicológicos da mesma, o devir, a natureza e a função dos processos psicóticos tradicionalmente relacionados com esquizofrenia. São referenciadas, em paralelo, tanto as contribuições dos autores clássicos (Sobral Cid), como dos psicanalistas (Fairbairn, Winnicott, Cortesão), e outros. A análise da obra literária, é assim o veículo que permite um elo de ligação entre a descrição dos sintomas (referências ao D.S.M. III da A.P.A.), a sua compreensibilidade, e também elementos para a conduta terapêutica.

SUMMARY

A Kafka' writing and the schizophrenic — Like symptoms function

Kafka's literary work is the author's basis to illustrate the nature, function and evolution of schizophrenia related psychotic processes. Classical (Sobral Cid), psychoanalytic (Fairbairn, Winnicott, Cortesão) among other author's contributions, are referred. The literary work analysis allows a link to be made between the symptoms (as referred in the APA'S D.S.M. III), and their understanding, and also elements for the therapeutic process.

Todos os sintomas psicóticos são apenas, em última análise, a expressão, o efeito dos mecanismos auto-protectores de que a Psique se serve para suprimir a dor moral ou para alcançar, pelo menos, a ilusão do prazer. Pode mesmo dizer-se que, afinal de contas, a Psicose não é mais do que a História das tentativas mais ou menos infelizes da Personalidade para se evadir de uma situação incomportável até encontrar fora da realidade a satisfação subjectiva das suas aspirações.

Sobral Cid²

O sentimento de se ser um todo, vivo, real e completo constitui uma experiência que é vivida e partilhada pela maior parte dos seres humanos. Sendo assim, os acontecimentos da vida são vivenciados mais ou menos equilibradamente.

Mas, para um pequeno grupo de pessoas, as coisas passam-se de forma diferente: as circunstâncias comuns da vida são sentidas como uma ameaça permanente. Estas pessoas são alvo de uma vulnerabilidade que as faz viver numa ansiedade intensa e permanente.

O caso de Jürg Zünd, citado por Binswanger³, é paradigmático: *O académico Jürg Zünd era uma criança muito viva, tão sensível quanto impetuosa, agressiva mesmo, e que sofria de estados de angústia e de sensações físicas anormais... Já se sentia, menino ainda, como que inteiramente despido, como que exposto em trajes íntimos, como que descoberto pelo olhar dos outros. Em consequência disso, sempre teve o sentimento de que tinha que se esconder dos demais.*

São os outros e a própria realidade, pois, que constituem a ameaça: *Ah! a realidade! Ninguém se importa com ela quando tudo corre bem; mas, assim que nos sentimos ameaçados, para relançar-lhe a vista já é preciso coragem.* (Pág. 30).

Perante esta situação, algo terá que acontecer para que a vida possa ser vivida, algo que consiga sustentar o que parece insustentável. Um estratagema: *Arranjei o covil e parece que me sai bem.* (Pág. 17)

Esconder-se seria seguro, mas não eficaz em termos de interrelacionamento humano. Por isso, esconder o que se é, e mostrar uma fachada será uma hipótese. E parece ser isso o que, efectivamente, acontece⁴: *O fenómeno esquizóide fundamental é a presença de clivagens do Eu. De acordo com Cassimatis, citado por Cortesão⁵, embora num contexto diferente, a pessoa desenvolve então um Falso Self cuja missão importante é proteger o Self Verdadeiro, mantendo-o oculto, função que se assume pela complacência com as exigências do meio ambiente, de tal modo que o comportamento pode, durante muito tempo, parecer perfeitamente normal. Mas esta fachada não se mantém muito tempo. O caso de Jürg Zünd continua a ser elucidativo⁴: *O resultado é, como ele próprio diz, uma máscara, uma postura estereotipada, contraída, ou seja, o contrário da desenvoltura. De puro medo, continua a explicar, de que as pessoas pudessem perceber o seu constrangimento, acaba por manifestar um modo de proceder esquisito, a ponto de desejar que a terra se abrisse sob seus pés e o tragasse.**

O comportamento exterior é, pois, expressão do Falso Self. *Do exterior vê-se apenas um grande buraco...* (Pág. 17) não se baseando, portanto, na autenticidade.

... mas na realidade esse buraco não conduz a parte nenhuma. (Pág. 17)

O Self Verdadeiro, o autêntico, fica, assim, protegido do mundo. *Porém, a uns passos do buraco, abre-se a verdadeira entrada, coberta por uma camada de musgo* (Pág. 17) escondido e seguro. *Se há no mundo alguma coisa segura é este local.* (Pág. 17)

Os processos descritos, nomeadamente a clivagem do Eu e a preservação do verdadeiro Self, que é, afinal, o objectivo da clivagem, podem ser assim sintetizados²: *Por fim, uma linha de fractura ou um plano de clivagem se desenha no*

* Comunicação apresentada no Seminário Clínico e de Supervisão do Acordo Científico de Cooperação Faculdade de Ciências Médicas/Ministério da Justiça e do Departamento de Saúde Mental da D.G.S.P., em 6 de Junho de 1989, Lisboa.

QUADRO I — Critérios de diagnóstico do distúrbio esquizofrénico

(D.S.M. III, 1980)

A. Pelo menos, uma das características seguintes, durante a fase da doença:

1. ideias delirantes bizarras (cujo conteúdo é indiscutivelmente absurdo e sem nenhuma base real possível), como ideias delirantes de influenciamento, de difusão, de imposição ou roubo de pensamento
2. ideias delirantes somáticas, de grandiosidade, religiosas, nihilistas ou outras sem conteúdo persecutório ou de crime
3. ideias delirantes persecutórias ou de ciúme, se associadas a alucinações de qualquer tipo
4. alucinações auditivas, em que uma voz comenta continuamente o comportamento ou os pensamentos do indivíduo, ou duas ou mais vozes falam entre si
5. alucinações auditivas, em diversas ocasiões sem relação aparente com depressão ou euforia e cujo conteúdo não se limita a uma ou duas palavras
6. incoerência, afrouxamento das associações, pensamento acentuadamente ilógico, ou pobreza do conteúdo do discurso, se associados com, pelo menos, uma das características seguintes: (a) afectividade embotada ou inadequada; (b) ideias delirantes ou alucinações; (c) comportamento catatónico ou grosseiramente desorganizado.

B. Deterioração, em relação ao nível de funcionamento anterior, nas áreas de trabalho, relações sociais e cuidados pessoais.

C. **Duração:** sinais contínuos da doença durante, pelo menos, seis meses, em qualquer momento da vida do indivíduo, com presença actual de alguns sinais da doença. O período de seis meses deve compreender uma fase activa, durante a qual estejam presentes os sintomas citados em A, com ou sem fases prodrómica ou residual, que a seguir se definem: **Fase prodrómica:** deterioração evidente do funcionamento antes da fase activa da doença, não atribuível a uma perturbação do humor ou a Distúrbio pela Utilização de Substâncias, e implicando, pelo menos, dois dos sintomas registados abaixo. **Fase residual:** na sequência da fase activa da doença, persistência de, pelo menos, dois dos sintomas citados abaixo, não causados por uma perturbação do humor ou por um Distúrbio pela Utilização de Substâncias.

Sintomas Prodrómicos ou Residuais

1. isolamento social ou enclausuramento
2. acentuada deterioração na actividade profissional, escolar ou doméstica
3. acentuado comportamento estranho (por exemplo, colecção de lixo, falar para si próprio em público ou esconder comida)
4. acentuada deterioração da higiene pessoal e do vestir
5. afectividade embotada ou inadequada
6. discurso divagante, vago, muito elaborado, circunstanciado ou metafórico
7. ideação estranha ou bizarra, ou pensamento mágico (por exemplo, superstitioso, clarividência, telepatia, "sexto sentido", "os outros podem aperceber-se dos meus sentimentos", ideias de auto-relação)
8. vivências perceptivas invulgares (por exemplo, ilusões recorrentes, sensação da presença de uma forma ou de uma pessoa ausente).

Exemplos: seis meses de sintomas prodrómicos, com uma semana de sintomas citados em A; ausência de sintomas prodrómicos, com seis meses de sintomas citados em A; ausência de sintomas prodrómicos, com duas semanas de sintomas citados em A; aparentemente seguidos de vários anos de remissão total, com uma semana de sintomas citados em A, no decurso do surto actual.

E. Início da fase activa ou prodrómica da doença antes dos 45 anos

F. Não provocado por qualquer Distúrbio Mental Orgânico ou Deficiência Mental

bloco unitário da Psique; até que todo um fragmento da alma se destaca e dissocia da personalidade principal, continuando, porém, a viver a sua própria vida, com um centro de actividade autónomo e independente.

Isolado, assim, do mundo real, aquele que é partilhado; o Verdadeiro Self vai perdendo a capacidade de se enriquecer com as experiências exteriores, tornando-se cada vez mais empobrecido. Paralelamente, a estratégia criada vai perdendo a sua eficácia; a qualquer momento, este complexo mas frágil mecanismo defensivo pode ceder. *Não quero vangloriar-me de haver premeditado este ardil... sei muito bem que há ardis tão rebuscados que acabam por se virar contra si mesmos... Evidentemente que qualquer pode andar sobre este musgo ou penetrar, mesmo, lá dentro... e destruir tudo para sempre. Sei-o muito bem, e pode dizer-se que a minha vida... nem uma hora só que seja sabe o que quer dizer paz.* (Pág. 17).

O que há de melhor no meu covil é a sua tranquilidade. Evidentemente que é falaz. Em qualquer altura, bruscamente, pode vir a ser interrompida e será o fim. (Pág. 19)

A ansiedade, a suspeita, a desconfiança estão sempre presentes. *Vivo em paz no fundo da minha habitação e entretanto o adversário, vindo não se sabe de onde, abre lenta e silenciosamente o seu caminho até mim.* (Pág. 18)

Fantasmas, outrora adormecidos, começam a dar sinal da sua presença: *E não são apenas os inimigos do exterior que me ameaçam. Tenho-os também no interior da terra... Aparecem, sentem-se-lhes as garras por baixo de nós, escavando na terra, o seu elemento, e eis-nos perdidos.* (Pág. 18)

A pessoa torna-se estrangeira no seu próprio reino: *Estarmos então em nossa casa não representa qualquer van-*

tagem contra eles; muito pelo contrário, nós é que estamos em casa deles. (Pág. 18)

Face a este estado de coisas, mais não resta ao Self que se defender, que recuar, que se encerrar num pequeno reduto: *No meio do covil, quase no centro, fica a Grande Praça, que será o meu bastião na altura do perigo mais de temer.* (Pág. 19) *É nesta Praça Forte que eu amonto as minhas provisões.* (Pág. 20)

Mas, paradoxalmente, quanto mais o Self se defende, quanto mais recua, tanto mais vai sendo destruído; cada vez vai sendo mais difícil encontrar Self disponível para manter contacto com a realidade. *Aqui estou eu que já abri dois buracos, esperançado em apanhar um, e nada apanhei.* (Pág. 37) *Dou-me conta, lentamente, de que não cheguei a qualquer resultado com estas sondagens ocasionais; que só destruo as paredes do meu covil. Cavo aqui e ali, à pressa, e não tenho tempo para preencher os buracos que faço.* (Pág. 37)

À medida que o processo evolui no sentido da deterioração, o Self parece sofrer uma fragmentação em vários focos, que perdem a conexão entre si; *a personalidade deixa de ser um todo e uma síntese para se converter num total de complexos dissociados — almas imperfeitas que reciprocamente se ignoram, cada uma delas fazendo sentir a sua influência perturbadora no conjunto da actividade psíquica². Sofremos no nosso foro íntimo quando não nos é dado vermos todas as nossas provisões reunidas e abrangermos num único olhar tudo o que é nosso.* (Pág. 2) *Entretanto, a Praça Forte foi arrastada para o tumulto do mundo e seus perigos.* (Pág. 41)

Mas é possível evitar que a situação chegue a uma estado de grande deterioração.

A terapêutica consistirá em estabelecer contacto com o

Self Verdadeiro, tornando-o capaz de se exprimir e relacionar com o mundo. No momento em que me sinto completamente desperto — pouco a pouco volto a mim... — fico sem compreender a precipitação em que estive. Respiro profundamente a paz da minha casa, que eu próprio perturbei. (Pág. 21)

Se for assim é possível transformar o negativo dos sintomas (ver Quadro DSM III) e da doença, para o positivo da Saúde e da Vida, na medida em que compreendamos, com o Professor Eduardo Luis Cortesão⁶, o que este estabelecia a propósito da função dos sintomas na esquizofrenia: a função de alguns sintomas e mecanismos psíquicos como a projecção, é a de defender o Ego de dano ainda mais corrosivo que a própria auto-relação paranóide, por exemplo. O estado que é defendido é a depressão e a sequente aniquilação do Próprio. A actividade delirante e alucinatória — porquanto patológicas — constituem, assim mesmo, um modo de relação e comunicação com a realidade externa, que é como que animada e tem sentido. Esta comunicação deve ser utilizada pelo médico como forma de acesso às vivências e ao significado subjectivo da experiência existencial do sujeito⁶.

Mas esse mister, exige não apenas do Médico um conhecimento dos fármacos, designadamente dos da família dos neurolépticos, mas sobretudo, um treino em Equipa Multidisciplinar e em psicoterapia psicoanalítica e grupalítica, que lhe permita com eficácia, exercer uma **Ação Terapêutica Diferenciada**, no sentido em que tem sido desenvolvida, há cerca de três décadas, por esse insigne Mestre da Psiquiatria Portuguesa, o Professor Eduardo Luis Cortesão^{5,6}.

AGRADECIMENTOS

Aos Professores Eduardo Luis Cortesão e Henrique Rodrigues da Silva e ao Dr. António Alves Gomes, pelo incentivo e apoio que tornasse possível este trabalho.

BIBLIOGRAFIA

1. KAFKA, FRANZ: O Covil. Edições Europa América (sem data).
2. SOBRAL CID J.M.: A vida íntima dos esquizofrénicos (1934) in. Obras de José de Matos Sobral Cid, vol. 1. Psicopatologia Clínica e Psicopatologia Forense, 1877-1941. Ed. Fundação Calouste Gulbenkian, Nov. 1983.
3. BINSWANGER, LUDWIG: Três formas de existência malograda — Extravagância, Excentricidade, Amaneiramento 1956. Zahar Editores, Rio de Janeiro 1977.
4. FAIRBAIRN, RONALD: Estudos Psicoanalíticos da Personalidade 1952. Ed. Vega Lisboa, 1981.
5. CORTESÃO, EDUARDO LUIS: Grupalítica — Teoria e Técnica 1989. Edição da Fundação Calouste Gulbenkian Lisboa, 1989.
6. CORTESÃO, EDUARDO LUIS in: ALVES GOMES A., CORTESÃO E.L., SILVA E.S.: Psiquiatria, Neurologia e Saúde Mental na prática do Clínico Geral. 1986. 1.ª Ed. UCB Lisboa, 1986.

Pedido de Separatas:
João Carlos Melo
Departamento de Saúde Mental
Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental
Hospital S. João de Deus - Caxias
2780 Oeiras