MAURÍCIO CASTEJÓN HERMANN

**ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO
E PSICOSE:
UM ARTICULADOR DO REAL, SIMBÓLICO E IMAGINÁRIO**

Tese apresentada ao Instituto de
Psicologia da Universidade de São
Paulo como parte dos requisitos
para obtenção do grau de Doutor
em Psicologia.

**São Paulo
2008**

MAURÍCIO CASTEJÓN HERMANN

**ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO E
PSICOSE:**

UM ARTICULADOR DO REAL, SIMBÓLICO E IMAGINÁRIO

Tese apresentada ao Instituto de
Psicologia da Universidade de São
Paulo como parte dos requisitos
para obtenção do grau de Doutor
em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Clínica

Orientadora: Prof^a. Dr^a. **MIRIAM DEBIEUX ROSA**

**São Paulo
2008**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação

Serviço de Biblioteca e Documentação

Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Hermann, Maurício Castejón.

Acompanhamento terapêutico e psicose: um articulador do real, simbólico e imaginário / Maurício Castejón Hermann; orientadora Miriam Debieux Rosa. — São Paulo, 2008.

271 pp.

Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Acompanhamento terapêutico 2. Reforma psiquiátrica 3. Psicose 4. Psicanálise 5. Transferência I. Título.

RC512

**ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO
E PSICOSE:
UM ARTICULADOR DO REAL, SIMBÓLICO E IMAGINÁRIO**

MAURÍCIO CASTEJÓN HERMANN

BANCA EXAMINADORA

(Nome e assinatura)

(Nome e assinatura)

(Nome e assinatura)

(Nome e assinatura)

(Nome e assinatura)

Tese defendida e aprovada em: ____ / ____ / ____

Quando pequeno, sobre o peito do pai, acompanhava a explosão de *Rachmaninoff* — o concerto 2 para piano. “Pode repetir essa parte?”

Era o corpo, uma profusão só. Mas, em outras vezes, um silêncio profundo.
Como? E o grito da explosão?

Esquecida...

No peito do pai, um olhar, um abraço.
Da voz, ao silêncio.

silencio
pai.

Dedico, com amor, este trabalho a Celise e Roberto: meus pais.

AGRADECIMENTOS

À CAPES, pela bolsa concedida.

Ao Prof. Dr. **LUIZ CARLOS NOGUEIRA** (*in memoriam*), meu primeiro orientador, que me aceitou como seu doutorando nesta universidade. Agradeço por tudo o que me transmitiu além das palavras, ao causar-me desejo.

À Prof^a. Dr^a. MIRIAM DEBIEUX ROSA, que me acolheu ao me permitir dar continuidade a esta tese, pois soube ocupar com delicadeza e competência o lugar de orientadora deste trabalho.

À Prof^a. Dr^a. HELENA MARIA SAMPAIO BICALHO, pelo laço que a psicanálise pôde nos proporcionar, laço pautado pelo respeito e pelo trabalho, seja na universidade, seja na comunidade analítica. Agradeço suas contribuições na banca de qualificação.

À Prof^a. Dr^a. MARIA CRISTINA MACHADO KUPFER, que sustenta uma parceria de trabalho na Associação Lugar de Vida — Centro de Educação Terapêutica, ao tomar o AT como mediador. Agradeço pelas contribuições na banca de qualificação.

A CARLOS AUGUSTO NICÉAS, pela escuta ética e primorosa. Tenho um sentimento profundo de gratidão.

Ao FÓRUM DO CAMPO LACANIANO DE SÃO PAULO, em especial pela oferta de laço de trabalho, cuja função de me interrogar muito ajudou para o avanço das teorizações sobre a psicose e o AT. A todos os membros da comunidade analítica, o meu muito obrigado.

A todos os que me apóiam na Universidade Metodista de São Paulo. Agradeço, em especial, à Prof^a. Ms. ELAINE LIMA DE OLIVEIRA, atual Pró-Reitora de Gestão da Universidade Metodista de São Paulo, que me concedeu uma licença para a efetivação desta tese quando era diretora da Faculdade de Psicologia e Fonoaudiologia – FAPFO. Agradeço também à Prof^a. Dr^a. HILDA ROSA CAPELÃO AVOGLIA, atual diretora da FAPFO, pelo cuidado com que me acolheu em meu retorno à universidade. Ainda assim, não é possível avançar sem um agradecimento especial aos alunos de psicologia pelas explícitas manifestações de carinho.

À ASSOCIAÇÃO LUGAR DE VIDA — CENTRO DE EDUCAÇÃO TERAPÊUTICA, em especial, aos parceiros de trabalho que me acompanham com entusiasmo o percurso desta pesquisa. Agradeço a CAMILLE APOLINÁRIO GAVIOLI, FERNANDO COLI, MARISE BASTOS, MÔNICA DE BARROS CUNHA NEZAN, PAULA CARPINETTI AVERSA, RENATA GUARIDO e SÍGLIA CRUZ DE SÁ LEÃO. Em tempo, um agradecimento carinhoso a MARIANA DE MELLO BEISIEGEL, coordenadora da equipe de acompanhantes terapêuticos da Associação Lugar de Vida — Centro de Educação Terapêutica, pelo constante aprendizado nas discussões clínicas.

A CARINA ARANTES FARIA, minha parceira e amiga, co-autora de muitos projetos de trabalho e de vida. Agradeço seu respeito pelo meu trabalho, que muito me honra.

A FRANCISCO FRAZÃO E WILLIAM AMORIM, pela calorosa acolhida e pelo interesse sobre como as idéias aqui apresentadas se configuraram. Agradeço o convite e a interlocução ocorridos no Corpo Freudiano, realizada sob o sol de São Luís do Maranhão.

A ANALICE DE LIMA PALOMBINI, pela consistência e poesia de como trata o AT. Agradeço pela vinda à Universidade Metodista de São Paulo, pela contribuição à execução do dossiê sobre AT publicado na revista *Estilos da Clínica* e por ter demonstrado seu entusiasmo ao ser convidada a participar da banca de defesa desta tese.

A CLARISSA METZGER e JOANA TARRAF, pelo incentivo à interlocução do fazer clínico no AT.

A CARLA GONÇALVES BOHMER, ISABEL NAPOLITANI, MARCELO TAVELLA, RAFAEL MICHEL DOMENES — queridos parceiros de cartel —, cujo desejo de aprender muito me ensinou e também contribuiu para o encaminhamento desta tese.

A MARCOS MARCIONILO, pelo precioso trabalho de revisão e formatação da tese. Porém, mais do que isso, por ter-se tornado um amigo querido, aventureiro, que gosta de andar pelo mundo afora.

A INESITA MACHADO, pela versão do resumo ao francês — impecável. Agradeço também seu carinho e os deliciosos almoços de domingo, sempre com um toque especial à *l'Inesita*.

Aos amigos queridos unidos pela psicanálise que acompanham meu percurso. Em especial a ADRIANA SALVETTI, CRISTINE LACET, JULIANA HERNANDEZ, IVAN ESTEVÃO, JULIANA RIBEIRO CÂMARA LIMA.

Aos amigos que compartilham comigo o dia-a-dia da clínica. ADERBAL, ANA AMÉLIA, CAROL, FÁTIMA, FERNANDA, HAYDÉE, JOVITA, RODRIGO e ROSA.

A ANA LAURA, ANA PAULA, JULIANA, LÍVIA, MARCELO e SÉRGIO. Quando a vida nos tomou de surpresa, o laço de solidariedade que nos uniu muito me ajudou em um momento difícil desta tese.

À família SARAIVA MARTINS: NILTON, EDIVÂNEA, BIA, EVERALDO, BIANCA, BRUNA e JOÃO VICTOR. Agradeço a todos vocês pela escuta e atenção preciosa nos tempos finais de execução desse trabalho no sítio Santo Antônio.

Aos AMIGOS QUERIDOS de outros lugares, não menos importantes, também presentes aqui.

A minha família, pelo incentivo, interesse e paciência. Em especial a ROSA, BETO, PATTU, LUÍZA, THIAGO, DIRCE e TIOCY.

E finalmente, aos meus pacientes, pelo enorme aprendizado que me proporcionaram.

SUMÁRIO

Resumo.....	X
Abstract.....	XI
Résumé.....	XII

INTRODUÇÃO.....	1
-----------------	---

Capítulo 1

A REFORMA PSIQUIÁTRICA E O SURGIMENTO DO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO.....	11
1.1 A comunidade terapêutica.....	12
1.2 A comunidade terapêutica e o AT.....	15
1.3. A psiquiatria democrática italiana.....	20
1.4 A psiquiatria democrática italiana e o acompanhamento terapêutico.....	23
1.5 A psicoterapia institucional francesa.....	28
1.6. A psicoterapia institucional francesa e o acompanhamento terapêutico.....	37

Capítulo 2

FREUD E A PARANÓIA.....	44
2.1. Freud, a hipnose e suas primeiras formulações sobre a teoria da histeria.....	45
2.2 . Freud e suas formulações iniciais sobre a teoria e clínica da paranóia.....	50
2.3. Freud, a constituição do sujeito e a paranóia: uma abordagem metapsicológica.....	56
2.4. Freud e o caso Schreber: uma concepção ética da psicanálise diante da escuta do delírio.....	67

Capítulo 3

APONTAMENTOS SOBRE O PAI NA PSICANÁLISE: um avanço teórico e uma indicação clínica para o tratamento possível das psicoses.....	79
3.1. Os três tempos do Édipo em Lacan.....	83
3.1.1. <i>O primeiro tempo do Édipo na neurose</i>	86
3.1.2. <i>O segundo tempo do Édipo na neurose</i>	88
3.1.4. <i>O terceiro tempo do Édipo na neurose</i>	90
3.2. O esquema R, sua formalização dos três tempos do Édipo e a topologia atrelada ao campo da realidade: o corte na direção do tratamento das neuroses.....	91
3.3. A paranóia e o Édipo em Lacan.....	108
3.3.1. <i>A paranóia a partir da teoria lacaniana do Édipo</i>	109

Capítulo 4

A INSTALAÇÃO DO DISPOSITIVO DE TRATAMENTO E O OLHAR EM REDE.....	125
4.1. Da demanda de tratamento vinda do outro à instalação do dispositivo de tratamento, ou os tempos prévios para o estabelecimento da transferência e o acompanhamento terapêutico.....	128
4.2. Caso Emerson – ou o não querer saber de tratamento algum.....	138
4.3. Caso Beto — ou a rua como espaço transicional.....	143
4.4. Caso João — o AT como <i>persona grata</i> : ou a transferência pertinente para a instalação do dispositivo de tratamento.....	146
4.5. Caso Angelina — o olhar em rede: ou o AT, sua <i>ArTiculação</i> com a instituição de tratamento e a formulação de um projeto terapêutico.....	158
4.6. A demanda de criação do AT em uma instituição de tratamento.....	160
4.7. Da demanda de criação do AT em uma instituição de tratamento a fragmentos de um processo clínico: ou de menina a Angelina e o sujeito e suas tentativas de laço social.....	170

Capítulo 5

UMA NOVA INDICAÇÃO CLÍNICA PARA O TRATAMENTO POSSÍVEL DAS PSICOSES: O <i>sinthoma</i> e o laço social.....	187
5.1. A noção de real e o nó borromeano.....	189
5.2. O Nome-do-Pai e a paranóia.....	191
5.3. A escrita de João ou um exemplo de construção do <i>sinthoma</i>	198
5.4. Da teoria da linguagem à teoria dos nós borromeanos ou... há uma ruptura epistemológica entre o significante e a topologia?.....	202

Capítulo 6

O SINTHOMA E O ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO.....	211
6.1. A cena traumática, a Outra cena, o laço social ou... do que trata o conceito de cena no AT?.....	212
6.2. Caso Lourival ou o AT e sua contribuição para a construção do sinthoma.....	219
6.2.1. <i>O primeiro tempo</i>	221
6.2.2. <i>O segundo tempo</i>	222
6.2.3. <i>O terceiro tempo</i>	223
6.2.4. <i>O quarto tempo</i>	229
6.3 O AT, a paranóia e seu nó de trevo... ou o AT em sua função específica para a construção do sinthoma..	230
6.4. Considerações preliminares sobre a transferência no AT com pacientes paranóicos... ou os tempos do sujeito no AT.....	246
Considerações finais ou...	
DE AT E PSICANÁLISE: UMA INTERSECÇÃO? PARA AT E O TRATAMENTO	
POSSÍVEL DA PARANÓIA.....	247
O instante de olhar.....	247
O tempo de compreender.....	247
O momento de concluir.....	251
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	254

RESUMO

HERMANN, M. C. *Acompanhamento terapêutico e a psicose: um ArTiculador do real, simbólico e imaginário*. São Paulo, 2008. Tese de doutorado. Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo.

Esta tese de doutorado problematiza a função clínica do Acompanhamento Terapêutico (AT) com pacientes psicóticos a partir do pensamento de Sigmund Freud e Jacques Lacan. Seu ponto de partida é a caracterização do AT por meio de alguns recortes das experiências institucionais de substituição dos manicômios (comunidades terapêuticas da Inglaterra, psiquiatria democrática italiana e psicoterapia institucional francesa), no intuito de caracterizar a função clínica do AT, função cuja contribuição para a reforma brasileira consiste em promover uma clínica de circulação do psicótico pela cidade. Em seguida, há dois capítulos teóricos nos quais se revêem o modo como Freud abordou a psicose e a releitura que Lacan faz dessa abordagem de Freud. Esses capítulos circunscrevem uma primeira indicação clínica para o tratamento possível das psicoses, no caso, a escuta do delírio na função de secretário do alienado. Essa indicação clínica será pertinente para que se possam trabalhar questões específicas da função clínica do AT, tais como: a de esta ser uma estratégia privilegiada para a instalação do dispositivo de tratamento e a do procedimento ético denominado *olhar em rede* — procedimento que acompanha os tempos do sujeito em seu percurso clínico. Quanto à instalação do dispositivo de tratamento, sabe-se que alguns pacientes, em crise e com um sofrimento brutal, encaram o outro como alguém aterrorizante, o que impõe desafios na hora de o acompanhante terapêutico manejar a transferência e respeitar os tempos do sujeito (na crise quando um outro é o perseguidor até a condição da erotomania) para a instalação do dispositivo de tratamento. Quanto à questão do *olhar em rede*, propõe-se problematizá-lo desde suas raízes institucionais até seu uso no AT, ao analisar a criação do AT em uma montagem institucional, além de inúmeras passagens clínicas, nas quais o sujeito é sempre considerado na perspectiva ética da psicanálise. O olhar em rede é de grande valia para a construção de um projeto terapêutico para o AT. Em seguida, apresenta-se outro capítulo teórico no qual será abordada uma segunda indicação clínica oriunda do pensamento de Lacan, a teoria dos nós borromeanos e a construção do sinthoma. O sinthoma, com *th*, assume uma função de amarração dos três registros — o real, o simbólico e o imaginário — e é considerado o quarto elemento da cadeia, o Nome-do-Pai. Na psicose, porém, esse quarto elemento é foracluído, o que convoca o sujeito a construir suplências possíveis ao Nome-do-Pai ou construir o próprio sinthoma. Finalmente, definimos outra função clínica do AT, ou seja, sua contribuição para a construção do sinthoma, função que desemboca em uma ArTiculação dos três registros referidos. O AT, portanto, assume um estatuto psicanalítico, na medida em que propicia ao sujeito psicótico construir uma suplência favorável a sua aproximação ao laço social, o que permite concluir que o AT é uma estratégia importante para o tratamento possível das psicoses.

Palavras-chave: acompanhamento terapêutico, reforma psiquiátrica, psicose, psicanálise e transferência.

ABSTRACT

HERMANN, M. C. Therapeutic Accompaniment and Psychosis: *inTerrelAting the Real, the Symbolic and the Imaginary*. São Paulo, 2008. PhD Thesis. Psychology Institute. University of São Paulo.

The overall purpose of this doctoral thesis is to problematize the Therapeutic Accompaniment (TA) of psychotic patients by drawing on the thought of Sigmund Freud and Jacques Lacan. It initially characterizes the TA through depictions of experiences from reforms in the mental health care (therapeutic communities in England, democratic psychiatry in Italy and institutional psychotherapy in France) aimed at determining the function of TA in the psychoanalytic clinic, the contribution of which to the Brazilian reform merely consists in promoting a clinic of circulating psychotics around the town. Next, two theoretical chapters revisit the Freudian approach to psychosis and Lacan's rereading of it. These circumscribe a first clinical indication for the possible treatment of psychoses, in this case, the listening to the delusions in the position of secretary to the alienated. This clinical indication is deemed pertinent to enable working with specific aspects of the function of TA in the clinic, such as that of its being a privileged strategy for the installation of the treatment device and that of the ethical procedure called *networked gaze* — a procedure that follows the times of the subject in his or her clinical path. As for the former, the installation of the treatment device, patients in a crisis, wounded by brutal suffering, are known to face the other as someone terrifying, which imposes challenges when the therapeutic escort has to deal with transference whilst respecting the subject's times (in a crisis when an other is the persecutor until the condition of erotomania) in order to install the treatment device. Concerning the issue of a *networked gaze*, this work proposes to problematize it from its institutional roots to its use in the TA, by analyzing the creation of the TA in an institutional framework, along with several clinical passages, in which the subject is always considered under the ethical perspective of psychoanalysis. This *networked gaze* is of great value to building a therapeutic project for the TA. The next theoretical chapter presents a second clinical indication arising from Lacan's formulation of the Borromean knot and the construction of the *sinthome*, which knots together the three registers - real, symbolic and imaginary – and is considered the fourth element of the signifying chain, the Name-Of-The-Father. In psychosis, however, this fourth element is foreclosed, in which case the subject is convoked to build possible supplementations to the Name-Of-The-Father or build his/her own *sinthome*. Finally, another clinical function of the TA is defined, i.e., its contribution to the construction of the *sinthome*; a function that evolves into an interrelation among the three registers referred. The AT, therefore, takes on a psychoanalytical statute, insofar as it allows the psychotic subject to build a favorable supplementation to its approximation to the social link, which leads to the conclusion that the TA is an important strategy in the possible treatment of psychoses.

Key-words: therapeutic accompaniment, psychiatric reform, psychosis, psychoanalysis, transference.

RÉSUMÉ

HERMANN, M. C. *Acompanhamento terapêutico e a psicose: um ArTiculador do real, simbólico e imaginário*. São Paulo, 2008. Thèse de doctorat. Institut de Psychologie. Université de São Paulo.

Cette thèse examine la fonction clinique de l'Accompagnement Thérapeutique (AT) avec des patients psychotiques, à partir de la pensée de Sigmund Freud et de Jacques Lacan. Le point de départ est la caractérisation de l'AT à travers des expériences institutionnelles de substitution des asiles (les communautés thérapeutiques de l'Angleterre, la psychiatrie démocratique italienne et la psychothérapie institutionnelle française), dans le but de définir la fonction clinique de l'AT, dont la contribution pour la réforme brésilienne consiste dans la promotion d'une clinique de circulation du psychotique dans la ville. Les deux chapitres théoriques suivants présentent l'approche de Freud sur la psychose et la relecture qu'en a fait Lacan. Ces chapitres circonscrivent une première indication clinique pour le traitement possible des psychoses, en l'occurrence l'écoute du délire dans la fonction de secrétaire du psychotique. L'indication clinique est pertinente pour le travail sur des questions spécifiques de la fonction clinique de l'AT, telles qu'une stratégie privilégiée pour l'installation du dispositif de traitement et la procédure éthique dénommée *le regard en réseau* -- procédure qui accompagne les temps du sujet dans son parcours clinique. Quant à l'installation du dispositif de traitement, nous savons bien que certains patients, pendant la crise et dans une souffrance brutale, envisagent l'autre comme quelqu'un de terrorisant, ce qui impose des défis à l'accompagnateur dans le maniement du transfert et dans le respect des temps du sujet (dans la crise quand le persécuteur est un autre jusqu'à l'érotomanie) pour l'installation du dispositif de traitement. En ce qui concerne la question du *regard en réseau*, nous l'examinons depuis ses racines institutionnelles jusqu'à son utilisation dans l'AT, en analysant la création de l'AT dans un montage institutionnel, outre de nombreux passages cliniques, dans lesquels le sujet est toujours observé dans la perspective de l'éthique psychanalytique. Le regard en réseau est important pour la construction d'un projet thérapeutique d'AT. Nous présentons ensuite un quatrième chapitre théorique sur l'indication clinique issue de la pensée de Lacan, la théorie des nœuds boroméens et la construction du synthome. Le synthome, avec *th*, assume la fonction de nouage des trois registres – le réel, le symbolique et l'imaginaire – et est considéré comme le quatrième élément de la chaîne – le Nom-du-Père. Cependant, dans la psychose, ce quatrième élément est forclus, ce qui convoque le sujet à construire des suppléances possibles au Nom-du-Père, ou à construire son propre synthome. Nous présentons enfin une autre fonction clinique de l'AT, c'est à dire, sa contribution pour la construction du synthome, fonction qui aboutit dans une *ArTiculation* des trois registres mentionnés. L'AT donc assume un statut psychanalytique, dans la mesure où il permet au sujet psychotique de construire une suppléance favorable à son rapprochement du lien social, ce qui nous amène à conclure que l'AT est une stratégie importante pour le traitement possible des psychoses.

Mots clés: accompagnement thérapeutique, réforme psychiatrique, psychose, psychanalyse, transfert.

INTRODUÇÃO

Acompanhamento terapêutico com pacientes psicóticos: um ArTiculador do real, simbólico e imaginário. O presente trabalho é fruto de um percurso de quase quinze anos, no qual se cruzam, de um lado, o interesse por essa clínica, desde os tempos de graduação em psicologia e, de outro, um movimento de sistematização dessa mesma experiência por meio da teoria lacaniana das psicoses. O convite feito ao leitor, portanto, é o de acompanhar certos deslizamentos presentes nessa trajetória, que incide em:

- i) caracterizar a clínica do Acompanhamento Terapêutico (AT)¹ no bojo da Reforma Psiquiátrica, visto que essa invenção, fortemente presente em alguns países do mundo, inclusive no Brasil, muito contribuiu e ainda contribui para a clínica da reforma, mesmo na perspectiva de fazer interrogar os paradigmas clínicos e institucionais que marcaram a sua história;
- ii) e, nesse contexto, interrogar sua práxis, de sorte a realizar um duplo movimento entre a experiência clínica e a teoria lacaniana das psicoses, conforme o estatuto que essa relação adquiriu na clínica psicanalítica *stricto sensu*, ou seja, de acordo com as especificidades inerentes à teoria e suas implicações no método de intervenção clínica.

A produção de conhecimento em psicanálise ocorre em função de um ponto de partida, no caso, um pressuposto teórico que incide sobre o método de intervenção clínica, ao orientar e determinar a qualidade da experiência analítica. Esta, por sua vez, ao tornar-se mais refinada, renovada, passa conseqüentemente a incrementar sua produção teórica, o que reafirma a relação dialética entre teoria e práxis.

1. Ao longo desta tese de doutorado, será adotada a sigla AT para designar o Acompanhamento Terapêutico.

Pretende-se, desse modo, realizar um passo a mais, ao aproximar dois campos que pareciam estar separados — a experiência clínica do AT e a teoria psicanalítica das psicoses, mais precisamente o pensamento de Jacques Lacan — na tentativa de instituir algumas premissas teóricas sobre o método clínico no AT.

Haveria uma teoria do método para o AT? O deslizamento referido há pouco perpassa alguns significantes: Reforma Psiquiátrica, AT, teoria lacaniana das psicoses, tratamento analítico das psicoses, o alcance analítico do AT para, finalmente, instituir premissas teóricas para uma teoria do método na função clínica do AT com pacientes psicóticos.

Mesmo existindo especificidades no rol de especialidades de tratamento da loucura, é possível afirmar que, paradoxalmente, um at, atravessado pela ética da psicanálise, confunde-se com a mesma perspectiva determinada pelo tratamento-padrão. Há especificidades entre ambos, AT e clínica *stricto sensu*, mas também há fortes pontos de contato... Ainda sim, uma pergunta fica aberta: é possível afirmar que a clínica do AT ensina algo a um analista que atende psicóticos em seu consultório? É isso o que se pretende verificar ao longo deste trabalho.

O movimento de substituição dos manicômios fechados deu-se a partir de algumas experiências importantes, datadas a partir do período Pós-Segunda Grande Guerra, quando paradigmas institucionais foram inventados para dar cabo à inquietação vigente na época — a constatação das péssimas condições de vida dos loucos e os inerentes mecanismos de cronificação da loucura verificados nas instituições fechadas que antecederam esse período de grande inventividade. Foi com Cooper, na Inglaterra, quando ele propôs as Comunidades Terapêuticas ou com Basaglia, na Itália, com a Psiquiatria Democrática, ou ainda com Oury, na França, com a Psicoterapia Institucional que novos paradigmas institucionais foram criados na perspectiva de propor um tratamento humanizado à loucura, de modo a deslocar o louco como um objeto de estudo de determinada ciência que justificava sua exclusão para o de sujeito de sua própria história, reinserido no contexto social.

O AT é fruto do movimento da Reforma Psiquiátrica, visto que ele, *grosso modo*, caracteriza-se pela aproximação à loucura e por seus novos modos de tratamento. É possível, inclusive, caracterizar o AT com base em alguns elementos presentes nas três experiências institucionais de substituição dos manicômios supracitadas. Aliás, essa questão será mais bem trabalhada no capítulo denominado “A Reforma Psiquiátrica e o Acompanhamento Terapêutico”. No momento, destaca-se somente o fato de que o AT, as suas raízes e os seus avanços teórico-clínicos não se descolam do referido movimento de substituição dos manicômios, uma vez que não é possível afirmar que a invenção do AT esteja descolada da Reforma Psiquiátrica. Criou-se aí uma especificidade importante: alguém que desempenhasse a função de acompanhar o louco em sua errância pelos espaços da cidade.

Isso é acompanhamento, isso é terapêutico. Acompanhamento Terapêutico... A etimologia da palavra acompanhamento — oriundo do latim *acompaniāre* — condiz com a idéia de companhia ou um conjunto de pessoas que comem seu pão juntamente. Na definição dada pelo Houaiss, é possível verificar algumas definições: “Estar ou ficar com ou junto constantemente ou durante certo tempo (...) Deslocar-se junto com ou seguir na mesma direção (...) Ir ou seguir próximo a (alguém) para dispensar cuidados etc. (...)” (*Dicionário eletrônico Houaiss*, 2001). Essas definições, dentre tantas outras, permitem uma aproximação do sentido que a palavra acompanhamento assume em nosso contexto específico, tal como será possível verificar a seguir.

Já o adjetivo terapêutico, oriundo do grego *therapeutikós*, refere-se ao cuidado e tratamento de doenças. “Relativo à terapêutica, tratamento (...) Que tem propriedades medicinais, curativas (...)” (*Dicionário eletrônico Houaiss*, 2001). O terapêutico assume um estatuto de tratar ou curar. Dentro do contexto específico, estar junto com o louco adquire, portanto, uma finalidade terapêutica: a tentativa de inserção social.

Aqui vale um comentário. Nos idos dos anos 1990, em alguns cursos de graduação em psicologia do Brasil, começou-se a falar dessa prática, cujo discurso mais corrente era o de estabelecer uma relação quase causal entre loucura, seu binômio exclusão, e a criação do AT como uma estratégia de inclusão social. Falava-se em ir ao cotidiano do paciente, de modo a acompanhá-lo em um banco, auxiliá-lo em tarefas domésticas ou

simplesmente assistir à televisão com ele. Perguntava-se a respeito da finalidade terapêutica dessa proposta, reduzida por seus opositores a desempenhar a função de motorista ou de babá de loucos. É certo que as teorizações naquela época eram bem incipientes², bem como o próprio discurso que o definia. Por exemplo, como problematizar a idéia de cotidiano? Cotidiano é uma palavra vaga, que incitava as próprias confusões ou ataques dos opositores a essa invenção, cujo estranhamento consistia em interrogar o interesse de alguns estudantes de graduação em psicologia em se aproximar dessa experiência. Estudar psicologia para ser motorista ou babá de louco?

De outro lado, havia aqueles que defendiam essa idéia, advindos das distintas filiações teóricas presentes em um curso de graduação de psicologia. Os debates tiveram início, e os alunos que se identificavam com os behavioristas, com os fenomenólogos, com os junguianos, com os psicanalistas, percebamos bem, os próprios estudantes, encorajados por alguns professores, começaram a esboçar um movimento de teorização e de debate acerca do modo como cada teoria poderia significar a experiência clínica do AT.

Havia uma questão ali posta, presente na palavra *terapêutico*, quando ela era articulada à perspectiva da inclusão da loucura no contexto social. Terapêutico e inclusão social são equivalentes? Abria-se uma questão que era a de refletir a própria finalidade terapêutica das abordagens teóricas. O que é terapêutico para a psicologia comportamental é o mesmo para a psicanálise? Afinal, o que é terapêutico? Dentro do

2. Até o presente momento, apresenta-se a totalidade das publicações brasileiras sobre o tema: *A rua como espaço clínico* (1991), *Crise e cidade* (1997) e *Textos, texturas e tessituras no acompanhamento terapêutico* (2006), todos organizados pela a equipe de acompanhantes terapêuticos do Hospital Dia A Casa, além dos *Cadernos de AT: uma clínica itinerante*, de Belloc, Cabral, Mittmann e Pelliccioli (1998), tendo eles o formato de coletânea de artigos sobre o tema. Houve também a publicação de trabalhos acadêmicos vinculados à universidades, tais como: *Ética e técnica no acompanhamento terapêutico: andanças com D. Quixote e Sancho Pança*, de Barreto (2000); *Sorrisos inocentes e gargalhadas horripilantes: intervenções no acompanhamento terapêutico*, de Cauchik (2001); *Acompanhamento terapêutico na rede pública: a clínica em movimento*, de Palombini et al. (2004); *Acompanhamento terapêutico: que clínica é essa?*, de Carvalho (2004); *Acompanhamento terapêutico: a construção de uma estratégia clínica*, de Pitiá e Santos (2005); *Um passeio esquizo pelo acompanhamento terapêutico: dos especialíssimos à política da amizade*, de Araújo (2006). Por fim, houve também publicações de números de revistas de psicanálise dedicadas, exclusivamente, ao tema AT. São elas as revistas: *Pulsional* (2002), *Psychê* (2006) e *Estilos da Clínica* (2005), sendo essa última um dossiê sobre AT, coordenado pelo autor desta tese. Alguns de seus artigos estão ancorados na teoria lacaniana das psicoses.

debate das psicoterapias, cada pressuposto teórico defendia o seu “peixe”, conforme os seus pressupostos teóricos e epistemológicos.

Aliás, não poderia ser diferente, já que não existe uma unidade epistemológica no campo das teorias e práticas *psy*. Conforme Figueiredo (1992), a psicologia está bem mais próxima de ser um arquipélago do que um continente. Cada ilha é uma escola do campo, sustentada por seu modo peculiar de produção de conhecimento, definido pela maneira como o sujeito cognoscente — o homem — define o seu objeto de estudo — o próprio homem. De fato, é bastante complicada essa relação, uma vez que o homem, como produtor de conhecimento, tem inúmeras facetas, desdobradas no debate epistemológico da produção de conhecimento, no qual assume posições distintas, tais como, por exemplo: a tentativa de estabelecimento de controle de variáveis para a extinção da subjetividade humana; ou a incorporação da subjetividade do homem na produção de conhecimento — e seu intuito de se aproximar do objeto; ou então a experiência analítica como orientadora da produção teórica, entre outros. O recorte do objeto — o homem — também não é efetivado em sua totalidade, o que resulta em uma apreensão facetada do mesmo. As matrizes do pensamento psicológico são distintas, advindas de pressupostos filosóficos díspares ou até mesmo inconciliáveis entre si. Não há uma unidade territorial, o que faz com que a psicologia, definitivamente, não seja um continente. Desse modo, a definição do terapêutico é coerente com a posição epistemológica de cada uma das escolas do campo *psy*.

Assim sendo, foi possível constatar, nos anos 1990, um movimento de apropriação da experiência clínica do AT para cada uma das abordagens do campo *psy*. É o que aponta o trabalho de Carvalho (2004), cuja reflexão foi o de apontar e descrever o fenômeno acima citado: defensores da prática clínica do AT, apoiados no significante terapêutico, buscavam para si, nas referências teóricas de sua escolha — próprias do campo *psy* — a possibilidade de teorização do AT. Todavia, apesar de a psicologia se debruçar e se esforçar em sistematizar a experiência clínica do AT, não se pretende aqui assumir uma posição de cunho mercadológico, de reivindicação de uma suposta legitimidade ou de apropriação do exercício dessa função por psicólogos ou psicanalistas, como se fosse uma função exercida e legalizada pelo Conselho Federal de Psicologia.

Contudo, abre-se aí uma argumentação que merece atenção, naquilo que concerne, mais especificamente, à relação entre o AT e a psicanálise. Historicamente, a função clínica do AT se constituiu a partir do significante terapêutico, significante que está bem distante dos pressupostos psicanalíticos, cuja finalidade de tratamento não incide sobre a psicoterapia, sobre o terapêutico, sobre o bem-estar, mas sim sobre o analítico ou o bem-dizer. Essa questão merece ser examinada um pouco mais de perto...

Falava-se da idéia de que o AT trazia consigo uma finalidade terapêutica que era a da inserção do louco no contexto social — a ponto de ocorrer uma justaposição entre terapêutico e inclusão. Nesse sentido, vale questionar, sob o ponto de vista da psicanálise, a idéia de inclusão social. É pertinente levantar a bandeira da inclusão social do louco, a todo custo, sem considerar certas condições subjetivas? A psicanálise oferece uma posição importante sobre esse tema, que será mais bem desenvolvida ao longo desta tese, tal como o leitor poderá verificar a seguir, mas que é logo adiantada: há certos lugares impossíveis para o sujeito psicótico, o que determina, portanto, do ponto de vista da ética psicanalítica, considerar o sujeito e sua posição diante da borda da loucura para se verificar, a cada caso, suas reais possibilidades de inclusão. A inclusão do louco no social, sob o viés da psicanálise, não pode ser tomada como um *a priori*.

Outro aspecto, esse sim mais relevante para a presente reflexão, condiz com a posição dos defensores da psicanálise no debate que ocorria em algumas instituições acadêmicas do país, na tentativa de sistematizar a função do AT sob essa ótica teórica. Dizia-se que a psicanálise, como teoria, poderia orientar a práxis do AT, mas que o AT e seu produto, como fruto de uma função específica, não poderiam ser considerados uma psicanálise. Esse tipo de ressalva, presente naquele momento histórico no campo do AT, salientava certa cautela em relação à apropriação da psicanálise na teorização do AT, já que a psicanálise é uma teoria advinda de um contexto bastante específico, a clínica *stricto sensu*, que contém especificidades importantes a ser consideradas — os conceitos psicanalíticos eram provenientes de uma experiência construída artificialmente no interior de quatro paredes, o consultório. O discurso vigente à época era o de considerar o uso de alguns conceitos psicanalíticos, tais como o de transferência, escuta do delírio,

entre outros, mas sem nunca se perder de vista no argumento a referida ressalva: o AT não é psicanálise.

Evidentemente, naquele momento histórico, notava-se um mal-estar entre os at(s) que se apoiavam na teoria psicanalítica. O embate de idéias no meio acadêmico estava constituído, os defensores das distintas abordagens do campo *psy* realizavam seus primeiros esforços de teorização do AT em consonância com seus pressupostos teóricos, mas, no momento em que os defensores da psicanálise apresentavam-se par o debate, de antemão, iniciavam os seus argumentos ao se desculpar, o que denunciava, automaticamente, uma suposta fragilidade. A psicanálise serve como referência teórica para teorizar o AT?

Mas afinal, quais são as garantias de uma boa psicanálise? Há garantias? É o *setting*? É ele que garante o estabelecimento da transferência? Hoje, em pleno século XXI, estando o campo psicanalítico plenamente constituído, com mais de um século de vida, é possível afirmar, sem rodeios, que a vitalidade da psicanálise não está nos elementos que compõem o seu enquadre, mas sim naquilo que determina seu fundamento ético: na neurose, onde há transferência, há interpretação; na psicose, onde há transferência, há construção da metáfora delirante ou a construção do *sinthoma*³. Não são as garantias do procedimento técnico que validarão a psicanálise, mas sim o manejo da transferência e seus respectivos efeitos...

Desse modo, é possível afirmar que o fruto desta tese é consequência desse mal-estar, também experimentado pelo autor deste trabalho, cujo desejo é o de superar as questões acima expostas, no sentido mesmo de fazer trabalhar a teoria lacaniana das psicoses, mais precisamente o tipo clínico da paranóia, para a partir daí sustentar a

3. *O Sinthoma*, Seminário 23 de Jacques Lacan. A grafia da palavra *sinthoma*, explica Lacan, vem de uma maneira antiga de escrever. Conforme nota do tradutor da edição brasileira desse seminário, a origem dessa grafia remete à palavra *symptôme*, datada de 1503, conforme o dicionário *Le Robert. Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*. O uso da palavra *sinthoma*, com h, condiz com uma nova indicação clínica para a direção de tratamento da clínica psicanalítica. No que concerne a esta tese, tem-se aí, inclusive, uma formulação teórica importante para a clínica psicanalítica das psicoses, na medida em que se introduz a dimensão social nesse tratamento, ao criticar a noção de construção da metáfora delirante como tratamento possível para as psicoses — esta última tida como direção possível ao tratamento — formulada por Lacan nos idos dos anos 1950.

hipótese de que o AT, mesmo preservando sua especificidade, comporta consigo uma função analítica.

Dai o deslizamento do significante: acompanhamento — estar ao lado de... —, ou, dito de outra forma, suportar a transferência psicótica e teorizar os seus manejos, atravessado pela ética lacaniana da clínica da paranóia, circunscrita na especificidade do AT. Terapêutico — ou analítico — no sentido mesmo de teorizar os efeitos da função clínica dessa experiência, de acordo com as perspectivas clínicas da construção da metáfora delirante e da construção do *sinthoma*. Contudo, não se trata, de todo modo, de uma proposta de mudança de nome, como por exemplo, Acompanhamento Analítico... Não se pretende instituir uma nova nomenclatura para uma função que, a duras penas, constitui-se como uma importante alternativa clínica para o movimento da Reforma Psiquiátrica do Brasil e alguns países do mundo. Trata-se, tão-somente, de superar o mal-estar citado nesta introdução, na perspectiva de afirmar a pertinência da teoria lacaniana como uma legítima ferramenta conceitual para a teorização do AT, conforme as contribuições de Lacan acerca do significante e do real⁴ na clínica da paranóia.

Esse passo é coerente com aquilo que foi descrito a respeito do debate acadêmico ocorrido nos anos 1990. Foi necessário um tempo de maturação dessa experiência clínica, mas, também, um tempo histórico para que as discussões do meio lacaniano incorporassem em seus debates as suas contribuições a respeito da noção de *sinthoma* e suas implicações na direção do tratamento da paranóia — já que essa contribuição teórica é capital para a presente teorização, naquilo que se refere, sobretudo, à constatação de que o AT comporta, em sua especificidade, uma função analítica. É o que se espera afirmar ao final deste percurso de elaboração teórica.

4. Em um texto denominado “O significante e o real na psicose: ferramentas conceituais para o AT”, foi trabalhada a idéia de que na teoria de Jacques Lacan há dois momentos teóricos importantes para a teorização de pontos específicos de sua função, quais sejam: a teoria do significante na paranóia, formulada nos anos 1950, e a teoria da construção do *sinthoma*, apresentada a partir da topologia dos nós borromeanos, introduzida por Lacan nos anos 1970 (Hermann, 2005). Aliás, a perspectiva de teorizar a função clínica do AT sob o viés do real condiz com aquilo mesmo que Quinet (2006) aponta em seu livro — *Psicose e laço social* —, obra importante sobre o tema e que marca a posição epistemológica de investigação em psicanálise lacaniana. Porém, antes mesmo de dar continuidade ao texto, vale realizar uma ressalva, também presente no livro de Quinet. O fato de pensar em dois momentos da obra de Lacan não significa afirmar que há uma ruptura epistemológica ou conceitual entre esses mesmos momentos. Dito de outra forma, não é possível prescindir da teoria do significante (ou da linguagem) e seu estatuto atrelado às estruturas clínicas para ler, por exemplo, o seminário denominado *O Sinthoma*.

Desse modo, o leitor deparar-se-á com dois momentos importantes acerca da teoria lacaniana das psicoses, momentos que oferecem subsídios teóricos legítimos para teorizar os impasses da clínica da paranóia e as estratégias criadas no AT como alternativas importantes de superação desses mesmos impasses.

O primeiro momento, referido aos anos 1950, mais precisamente, os Seminários *As psicoses* (1955-1956) e *As formações do inconsciente* (1957-58), além do texto “De uma questão preliminar a todo tratamento possível das psicoses” (1957-1958), permitirá teorizar, conforme a noção de manejo da transferência para a construção da metáfora delirante, algumas passagens específicas da clínica do AT, tais como os tempos prévios da **instalação do dispositivo de tratamento** e o procedimento aqui denominado **olhar em rede**.

A instalação do dispositivo de tratamento remete a uma das versões possíveis acerca da invenção do AT, no caso, a idéia de que ele teria surgido em função de alguns casos que não se engajaram na montagem institucional do tratamento constituído, o que demandou, nessa circunstância específica, a ida de um membro da equipe à residência desses referidos pacientes, como uma extensão da instituição, para que o tratamento se efetivasse.

Já a idéia do olhar em rede condiz com um procedimento oriundo da concepção institucional de tratamento — mais precisamente a psicoterapia institucional —, mas que serve ao AT como procedimento técnico de bastante utilidade, seja para a formulação de um projeto terapêutico para o AT, seja como ponto de articulação de uma equipe constituída a cada caso, onde o AT assume uma posição privilegiada de **articulador** dessa mesma equipe, atento aos impasses, ataques ou boicotes inerentes ao tratamento do psicótico provenientes de sua família, tendo em vista o lugar que o paciente ocupa em sua novela familiar — o de depositário da loucura.

Contudo, foi nos anos 1970, em conformidade com a ênfase dada por Lacan à clínica do real, de acordo com a teoria dos nós borromeanos — mais precisamente os Seminários *Mais, ainda*, o *RSI* e o *Sinthoma* —, que foi possível esmiuçar a experiência clínica do AT em sua especificidade, em um duplo movimento: de um lado problematizar a noção de *cena* no AT, de sorte a determinar o seu alcance analítico e, de outro, instituir

alicerces metodológicos para a constituição de uma *teoria do método* para o AT, ao menos no que concerne à sua função clínica com a paranóia, já que há especificidades quanto ao manejo da transferência entre a paranóia e os outros tipos clínicos da estrutura psicótica, tais como o autismo, a esquizofrenia e a melancolia.

Assim e para finalizar, retoma-se aqui, mais uma vez, a idéia do deslizamento do significante — agora circunscrito à clínica psicanalítica *stricto sensu* e ao AT. Foi desde a concepção de Lacan para a clínica psicanalítica da paranóia que se criou esse movimento de teorização do AT, de modo a pôr em serviço esse modelo teórico — suas ferramentas conceituais — para a sistematização de pressupostos teóricos e técnicos e o decorrente alcance de sua finalidade clínica. Houve esse passo, o de deslocar a concepção de manejo da transferência na clínica psicanalítica tradicional para o AT, o que permitiu avanços teóricos importantes para o campo específico... Porém, se houve esse movimento, da clínica *stricto sensu* ao AT, espera-se também promover o movimento inverso, no caso, deslocar o significante AT para a clínica psicanalítica tradicional, na medida em que a função clínica do AT, em sua especificidade, tem muito a ensinar aos psicanalistas que trabalham em seus consultórios...

Enfim, esta tese não interessa apenas aos acompanhantes terapêuticos, e sim a todos os que, de uma forma ou de outra, sustentam uma posição de embate com os impasses inerentes a todo tratamento possível da paranóia.

Capítulo 1

A REFORMA PSIQUIÁTRICA E O SURGIMENTO DO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO

É fato que, em se tratando sobre da história do AT, assim como do conjunto de experiências de tratamento da loucura, não é possível afirmar que uma modalidade institucional, ou mesmo o surgimento do acompanhamento terapêutico [doravante AT] como dispositivo de tratamento tenham surgido de forma espontânea ou descolada do movimento institucional de substituição dos manicômios. Esse movimento cria e também determina novos impasses, dilemas, crises, e oferece soluções, avanços, novas possibilidades de teorização. A reflexão que se segue não é original. Absolutamente. Ao examinar a bibliografia existente sobre AT, vemos que vários trabalhos já podem ser citados para exemplificar as origens dessa clínica inserida no movimento da história da reforma psiquiátrica.

O que se apresenta é uma tentativa de ressituar a caracterização do AT a partir da história da reforma psiquiátrica, tratando do modo como o entrecruzamento das experiências institucionais de tratamento da loucura, sobretudo no período pós-Segunda Grande Guerra Mundial, permite caracterizar o fazer clínico do AT. O que se pretende sustentar é a idéia de que o período supramencionado permitiu um fecundo movimento de invenção dos paradigmas institucionais de substituição do manicômio.

Ao descrever, nesta ordem, as comunidades terapêuticas da Inglaterra, a psiquiatria democrática italiana e o modelo francês denominado psicoterapia institucional, objetiva-se recuperar, em nosso momento histórico, os paradigmas institucionais dessas três experiências, formulando-os como princípios norteadores e também como geradores de fracassos, a partir daquilo de que cada montagem institucional não conseguiu dar conta. Ora, não é à toa que toda concepção institucional tenha algo que, ao final, escape. Como

será mais adiante trabalhado à luz da teoria lacaniana, algo retornar, pela via do real, é próprio da psicose.

Assim, o que se pode afirmar, em termos de inovação nesta reflexão, é o fato de que a descrição das referidas experiências institucionais, inclusive suas críticas, permite uma descrição possível do que se defende como a função clínica do acompanhante terapêutico. A hipótese que se sustenta é a de que a clínica do AT será descrita como produto dos paradigmas institucionais, incluindo aí as contradições inerentes ao movimento da reforma psiquiátrica.

1.1 A comunidade terapêutica

David Cooper (1989), principal expoente da experiência inglesa denominada comunidade terapêutica, fundamenta sua proposta de funcionamento institucional em uma refinada reflexão sobre as relações existentes entre psiquiatria e violência. Ao trazer a violência para o âmago de sua argumentação, Cooper afirma que as relações institucionais entre os técnicos de uma instituição e os pacientes são marcadas por atos de violência, tanto de ordem física, tais como as camisas-de-força, lobotomia e encarceramento de pacientes, como, sobretudo, pelo modo como se estabelece o uso do poder daqueles que assumem o papel institucional de manutenção de certa ordem social.

“(…) Se se quer falar de violência em psiquiatria, a violência que se brada, que se proclama em tão alta voz que raramente é ouvida, é a sutil, tortuosa violência perpetrada pelos outros, pelos ‘sádios’¹, contra os rotulados de loucos. Na medida em que a psiquiatria representa os interesses ou pretensos interesses dos sádios, podemos descobrir que, de fato, a violência em psiquiatria é preeminentemente a violência *da* psiquiatria” (Cooper, 1989, p. 31).

Um primeiro ponto a ser destacado é o próprio conceito ou definição do que seria a sanidade mental e seu binômio, a loucura. Campo de difícil trânsito, uma vez que as classificações psiquiátricas tradicionais parecem ser insuficientes para dar conta da complexidade do sofrimento psíquico humano. Cooper, ao enfatizar um olhar mais detido sobre aquilo que se entende como o sadio, compara o uso da violência àquilo que cerceia

1. Essas semi-aspas denunciam o caráter irônico impresso por Cooper, ao constatar o uso equivocado do poder daquele que crê conhecer o modo correto de tratar um paciente psiquiátrico.

a liberdade de uma pessoa por outra. Ser sadio é saber preservar o direito do outro à utilização de sua própria liberdade.

Sua fundamentação consiste em afirmar que as relações sociais, seja em um grupo terapêutico, seja na família de um paciente psicótico, fundamentam-se em algum tipo de relação entre uma ameaça ilusória ou real de desintegração. Desse modo, o grupo reinventa os seus medos com o intuito de assegurar a própria permanência. Dito de outro modo, o produto de um grupo é o terror em face da violência da liberdade.

É nesse contexto que Cooper se volta para o estudo das famílias de pacientes psiquiátricos ao descrever as peculiaridades de seu funcionamento. As questões meramente triviais assumem uma intensa polaridade entre vida e morte, sanidade mental e loucura. O modo de funcionamento da família confunde aquele que foi eleito para ocupar o lugar do doente mental. Uma mãe, por exemplo, pode assumir o lugar de cerceamento da liberdade de uma criança, ao sustentar a determinação de que toda tentativa de autonomia por parte da criança pode significar a desintegração do grupo familiar. Em consequência, essa criança estará fadada a ocupar uma posição insustentável. Ou se submete ao despotismo do outro, ou se carrega com a culpa de assumir a desintegração da ilusão de completude do grupo familiar.

Posto isso, afirma-se que a saída possível para um paciente psiquiátrico é a ruptura dos laços familiares para sua inclusão na instituição psiquiátrica. Assim sendo, o estado natural das relações de poder se mantém também na montagem institucional psiquiátrica tradicional. Constata-se que as teorias de duplo vínculo, oriundas da Escola de Palo Alto, Califórnia, também estão presentes no funcionamento do manicômio. Por duplo vínculo entende-se o confronto do paciente com exigências absolutamente contraditórias. Esse também é um ponto importante, a partir do qual Cooper vai fundamentar suas tentativas de substituição do manicômio por sua experiência institucional, denominada Vila 21: Uma experiência em antipsiquiatria.

Contudo, antes mesmo de apresentar sua proposta de concepção institucional, cabe apresentar mais um argumento, no caso, uma crítica às classificações psiquiátricas. A medicina, de forma geral, lança mão do diagnóstico para classificar a doença, e pouca ou nenhuma prioridade deu ao doente ou à pessoa que sofre dificuldades emocionais. É

verdade que a medicina, em seu âmbito mais geral, funciona bem ao assumir essa estratégia. No entanto, a transposição da lógica de classificação das doenças para o campo psiquiátrico é, conforme, Cooper, bastante nociva. Seus efeitos incidem sobre o fato de que a questão principal não está na falência do corpo do paciente psiquiátrico, mas sim na perspectiva de que o paciente sofre de relações sociais e familiares enlouquecedoras.

“(...) a loucura não se encontra ‘numa’ pessoa, porém num sistema de relacionamentos em que o ‘paciente’ rotulado participa: (...) A abstração usual de uma ‘pessoa doente’ do sistema de relacionamentos em que se acha imediatamente presa deforma o problema e abre caminhos à invenção de pseudoproblemas, classificados e analisados causalmente com absoluta seriedade, quando todos os problemas genuínos se esvaíram despercebidos, através dos portões do hospital (juntamente com os parentes que se foram)” (Cooper, 1989, p. 47).

A experiência da Vila 21 foi um marco na concepção inglesa de reforma psiquiátrica. A partir da necessidade de se criar uma unidade autônoma em face do sistema psiquiátrico, essa comunidade terapêutica pôde se estabelecer em uma casa da comunidade, fora do contexto psiquiátrico institucional, assumindo um caráter de protótipo ou modelo de funcionamento institucional.

Sua rotina era estabelecida por grupos espontâneos ou programados. Nos grupos programados, havia uma assembléia diária da qual participavam médicos, técnicos e pacientes, no intuito de determinar como se daria o funcionamento da instituição. Como lidar com os problemas institucionais? As decisões eram tomadas de forma coletiva, o que subvertia radicalmente o que era proposto pelo modelo clássico de manicômio. Não era mais o médico que decidia o funcionamento institucional, ou o que deveria ser prescrito como terapêutico para determinado paciente. O que estava posto, em termos de horizonte do funcionamento institucional, era uma subversão diante de um saber psiquiátrico totalizante, que muitas vezes, ao reproduzir preconceitos, estava a serviço de uma defesa frente à loucura.

Ocorreu nesse exemplo uma tentativa de *horizontalização* das relações institucionais. Ao se tomar a figura do médico como exemplo maior do que se discute no momento, cabe verificar que ele assume, naturalmente, um papel de líder na instituição. Historicamente ele foi investido em um lugar de poder, seja por seu saber, seja pelas

atribuições administrativas, em que as decisões tomadas parecem muito mais aliadas às conveniências operacionais e de confirmação de um saber cientificista sobre a doença. Dentro desse contexto, faz-se necessário salientar um modo de exercer a liderança com autenticidade, no qual se preconiza o não-cerceamento da liberdade do outro. Abre-se a tentativa de não-dominação do outro e, conseqüentemente, da não-realização da ilusão de que o funcionamento institucional está bem ordenado, assim como da ilusão de que um funcionamento institucional sustenta uma organização interna.

A horizontalização das relações institucionais, conforme Cooper, convoca aqueles que tratam da loucura a se aproximar desse fenômeno ao se confrontarem consigo mesmos.

“A verdadeira dificuldade para os funcionários consiste em se confrontarem consigo mesmos, confrontarem seus próprios problemas, distúrbios, loucura. Cada um tem que correr o risco de encontrar o lunático em si mesmo. O equilíbrio convencional estabelecido pela exteriorização da violência de psiquiatras e enfermeiros (que agem em nome do ‘público’) contra os pacientes não mais passará sem crítica por ficar despercebido. Isto produziu o problema social mais importante do hospital de doenças mentais, ao elaborar um conluio sutil e complexo com a família do paciente e, através da família, com toda a burocracia da saúde mental” (Cooper, 1989, p. 132).

Para finalizar, Cooper conclui que o experimento da Vila 21 implicou a constatação de que há limites para a mudança na instituição. Mesmo assim, cabe àqueles que se aventuram em trabalhar em uma instituição calcada em suportar uma proximidade maior com o fenômeno da loucura, a partir da horizontalização das relações institucionais, não se deixarem tomar por um sistema de dominação que classifica, hierarquiza e, portanto, determina *a priori* os lugares de funcionamento da instituição.

1.2 A comunidade terapêutica e o AT

A contribuição das comunidades terapêuticas para a caracterização do AT como dispositivo de tratamento se dá em dois níveis.

O primeiro nível se centraliza na figura do auxiliar psiquiátrico como precursor do acompanhante terapêutico, tal como descrita por Reis Neto (1995), Sereno (1996), Pitiá (2005) e Araújo (2005), ao enfatizar a saída desse técnico da instituição para auxiliar o paciente em seu cotidiano.

O segundo nível consiste no próprio debate sobre a passagem de auxiliar psiquiátrico para acompanhante terapêutico. Há, nesse percurso, uma referência à expressão *amigo qualificado*, expressão importante para a questão em debate. Não é consenso, na literatura sobre AT, a troca do termo amigo qualificado para o termo acompanhante terapêutico, com adiante se verá.

Ibrahim (1991) relata uma experiência de trabalho de equipe em saúde mental na cidade do Rio de Janeiro, a Clínica Vila Pinheiros. Ele descreve a figura do auxiliar psiquiátrico como precursor do acompanhante terapêutico. Em um primeiro momento, esse técnico assumiu a função de cuidar do paciente que se encontrava em crise emocional, sendo assim, demandados cuidados mais intensos por parte de uma ajuda especializada. Tratava-se de cuidados relacionados à manutenção da integridade física, à utilização dos medicamentos e, sobretudo, a um apoio afetivo. Nesse contexto, o auxiliar psiquiátrico assumiu uma função que poderia ser caracterizada não somente como proteção, vigilância e controle. Havia algo a mais, uma vez que esse profissional participava integralmente do cotidiano da instituição, ao auxiliar os pacientes a elaborarem comissões para a realização de festas, atividades esportivas, realização do jornal/mural etc.

Contudo, no início da década de 1970, quando se pensa em Brasil, as comunidades terapêuticas começaram a se fechar, em função de um retrocesso histórico marcado pelo período da ditadura militar. Voltou-se à época em que o que se preconizava era simplesmente tirar o louco de circulação. Apesar disso, havia um contingente de auxiliares psiquiátricos que foram solicitados a trabalhar em casas particulares, no local mesmo onde os pacientes adoeciam. Nessa passagem, o trabalho passa a ser exercido fora das instituições. Algo se perdeu, já que não havia mais o recurso à sustentação de uma equipe de trabalho para orientar as intervenções do profissional. No entanto, o lançar-se diretamente ao cotidiano do paciente significou ganhos importantes: o auxiliar psiquiátrico passou a intervir diretamente no seio da família, transformando radicalmente sua forma de manter a relação de trabalho com o paciente. O auxiliar psiquiátrico deixa de ser aquele que ocupava uma posição privilegiada de observador da família e passa a

ser atuante nesse contexto, mantendo, é verdade, também um lugar de estranho a essa família.

Um ponto de enorme importância é o que Ibrahim destaca como outra consequência do momento histórico acima descrito. O auxiliar psiquiátrico, que outrora participava de uma equipe de trabalho institucional, *passa a ser ele próprio a instituição*. Esse ponto é capital e será amplamente desenvolvido ao longo desta tese. Quais desdobramentos podem ocorrer aí? Como pensar hoje a figura do acompanhante terapêutico descolado de uma equipe de trabalho? Qual é seu olhar sobre o fenômeno loucura, sua complexidade e as possibilidades de intervenção clínica? Como pensar a idéia do olhar institucional ou o olhar em rede presente nessa função de proximidade com a vivência da loucura? (A idéia do olhar em rede será mais bem trabalhada em outro momento neste mesmo estudo). Ora, o que Ibrahim descreve em seu texto é que a passagem do auxiliar psiquiátrico atrelado a uma equipe de trabalho para ser ele mesmo a instituição foi feita de forma gradual e carregada de vários vícios institucionais, já que se acreditava no caráter de “patologia intrapsíquica” do doente e em sua cura.

Acabamos de descrever um primeiro marco para a construção da figura do acompanhante terapêutico. O auxiliar psiquiátrico sai da instituição, onde acompanhava os pacientes em tarefas/ações do cotidiano da instituição, e passa a trabalhar diretamente com o paciente, assumindo ele mesmo o estatuto de instituição, ao intervir no seio familiar do paciente sem o respaldo de uma equipe de trabalho constituída *a priori*.

O segundo aspecto a ser trabalhado é a discussão do emprego do termo *amigo qualificado*, conforme descrito por Baremlitt (1991), ao enfatizar a expressão *amigo* como algo importante para a reflexão acerca da construção da figura do acompanhante terapêutico. Ele afirma que a tentativa de definição de uma função ou papel está profundamente marcada por compromissos científicos ou disciplinares, já que sua argumentação também está atravessada pelas idéias de Michel Foucault. Como pensar a função do acompanhante terapêutico, um desenvolvimento da prática do auxiliar psiquiátrico, fazendo também referência ao termo *amigo qualificado*?

Qual é o lugar que se deve ocupar para refletir sobre a definição do acompanhante terapêutico? A única saída possível é pensá-lo a partir da prática, do lugar daquele que

exerce a função de estar junto com um paciente psicótico. O que foi posto é que estar junto com o paciente psicótico pode ser pensado a partir de uma pequena modificação, já que não interessa estar com o paciente, em sua forma de estar no mundo, mas sim considerar o fato de que o paciente tem sua maneira singular de reproduzir o mundo. Cabe ao acompanhante terapêutico acompanhar a reconstrução desse mundo, ao considerar o modo absolutamente original do paciente. É nesse contexto que se defende a retomada do emprego do termo amigo para a realização da função descrita por Baremlitt, ou ao menos não perder de vista aquilo que a palavra amigo sugere em termos conceituais. Amigo significa suportar a inventividade/criatividade do paciente psicótico em recriar seu mundo sem estabelecer um olhar de repressor ou de pedagogo, que determine o que é aconselhável para uma boa adaptabilidade.

O debate acerca da definição do acompanhante terapêutico a partir de sua função permite reflexões importantes, que merecem ser desenvolvidas no presente momento. Criou-se o termo acompanhante terapêutico para pensar sua identidade, oriunda de determinada função. Estar ao lado de um paciente psicótico, não no sentido de compartilhar o seu mundo, mas na tentativa de oferecer estratégias para que o paciente reconstrua o próprio mundo. Isso evoca a figura do amigo como aquele que não se importa com as excentricidades do parceiro.

Araújo (2005), ao se posicionar diante dessa questão, defende a retomada da dimensão da amizade na clínica do acompanhamento terapêutico, pois ela resgata a dimensão política dessa clínica, ao se apoiar na corrente teórica da esquizoanálise. O alerta que Araújo nos faz é, sem dúvida, digno de nota. Ao problematizar a noção de função na clínica do AT, uma clínica de passagem, uma clínica que propõe uma presença pela proximidade da experiência da loucura, propõe-se enfatizar a própria idéia da passagem, de que algo se passou. Não somente no sentido do deslocamento dos corpos na via pública, mas sim de algo que se produz em termos de mudanças subjetivas. Desse modo, Araújo propõe:

“Questionar as técnicas enquanto saberes constituídos, não os naturalizando, desestabilizando suas formas, nos dará as condições para que possamos extrair das práticas uma experiência clínica que pensaremos como um acontecimento. Falamos agora não mais do *como* nem do *onde* se dá a clínica e sim o *que se passa* quando a clínica se dá. E chamaremos o *que se passa* na clínica de acontecimento, ou clínica-

acontecimento — a ponta mais desestratificada do agenciamento clínico, que também será entendido como acompanhamento terapêutico” (Araújo, 2005, p. 25).

O acento recai sobre a experiência de um acontecimento, em detrimento da primazia da técnica ou do saber constituído. O que se faz é priorizar o acontecimento, em vez de priorizar e, conseqüentemente, confirmar algum saber instituído advindo da técnica ou do saber instituído sobre “A” clínica, ao colocar o sofrimento humano como instrumento de confirmação da ortodoxia teórica. Assim, preconiza-se a vivência de acontecimentos, cuja direção se opõe às forças disciplinares ou coercitivas encapsuladoras da subjetividade. Desse modo, a política da amizade é entendida como “uma relação libertária que surge no espaço intersticial, na fissura do entre-dois, espaço sempre entre um e outro, espaço que entendemos ser clínico por excelência” (Araújo, 2005, p. 31).

A política da amizade, vivida sob a égide do imprevisível, da instantaneidade, daquilo que a cidade pode precipitar de acontecimentos insólitos — no sentido de uma vivificação da subjetividade na cena ou cenário público —, visa uma articulação com o AT, na medida em que há um engajamento político em sua história que não merece ser perdido de vista.

“Amigo qualificado foi o primeiro nome dado a essa prática, quando ela se inseria no contexto das lutas da psiquiatria social. O amigo qualificado foi então uma forma de fazer clínica que não se separava de uma intervenção política no campo da saúde mental, que não se separava de uma prática de liberdade e da criação de novos direitos relacionais” (Araújo, 2005, p. 32).

Até esse ponto, concordamos com Araújo, visto que suas posições acerca da dimensão política do AT, além dos efeitos que essa clínica pode surtir — em termos de passagens subjetivas — são imprescindíveis para o que se busca em termos de efeitos clínicos. Concordamos também com o fato de que há determinada clínica que pode ter efeitos enrijecedores da *ou* na subjetividade. Referimo-nos aqui àqueles que se apóiam em um saber tecnicista em vez de suportar uma proximidade, no caso aqui, de maior contato com a loucura.

O debate acerca do nome da função do AT ocorre por causa da tensão existente entre uma qualidade necessária do AT em suportar o insólito, característico da psicose, como já foi afirmado anteriormente, mas também sem perder de vista a faceta clínica

dessa mesma atividade. Historicamente, apostou-se no nome acompanhamento terapêutico justamente para salientar sua dimensão clínica e/ou terapêutica. Assim, ao contrário do que propõe Araújo, a posição que aqui se inscreve é a de considerar uma concepção de subjetividade e operar com ela, na medida em que uma teoria, apesar dos riscos possíveis em seu uso, é também operadora — seja no sentido da oferta de aportes técnicos e metodológicos, seja também nos efeitos de ressignificação advindos da experiência clínica, o que permite fazer avançar ainda mais a própria potência clínica.

Nesse sentido, abre-se mais uma questão: como pensar a clínica da psicose diante do debate aí posto? Dito de outro modo, é verdade que a passagem do auxiliar psiquiátrico para amigo qualificado e, finalmente, acompanhante terapêutico, pode perder de vista o que foi apontado sobre a posição de proximidade que essa clínica exige daquele que se propõe acompanhar um psicótico? No entanto, defende-se a utilização do termo acompanhante terapêutico, uma vez que há uma posição distinta entre amigo e terapeuta. Calcado em uma posição determinada diante desse debate, acredita-se que a política de amizade é importante para sustentar esse fazer clínico, para não falar do que esse termo representa em sua dimensão ética e política. Porém, a história do AT nos mostra isso: faz-se necessário não perder de vista a dimensão de tratamento presente no debate. Aliás, muito já se falou o quão é insustentável a postura da antipsiquiatria, tal como Cooper a descreve. A proximidade pela proximidade não promove tratamento e também é verdadeiro o fato de que os integrantes do par acompanhante/acompanhado ocupam posições assimétricas. Há alguém que sofre e há alguém que oferece tratamento. Se não fosse assim, não haveria por que teorizar essa clínica, nem se interrogar sobre seus efeitos. Bastaria propor um serviço de amizade para psicóticos?

1.3. A psiquiatria democrática italiana

A experiência italiana de substituição do manicômio passa por uma premissa fundamental: a de que a sociedade como um todo é produtora de loucura e, conseqüentemente, responsável pela exclusão social do louco. Desse modo, caberia a essa mesma sociedade criar estratégias de inserção que possam sanar seus princípios de funcionamento enlouquecedor e de exclusão.

Rotelli (1987) descreve a experiência de Trieste, exemplo paradigmático da proposta de substituição dos manicômios. Ele parte da constatação de que o sistema de leis que regia o país era do século XIX, centrado na política de periculosidade do doente mental. Assim, a instituição psiquiátrica visava somente exercer a custódia sobre o louco, considerado pela lei como alguém inábil, incapaz de exercer seus direitos como cidadão. Desse modo, a psiquiatria era utilizada somente para manter a ordem social. Os dados estatísticos eram alarmantes: em 1965, calculou-se que havia 800.000 pessoas no interior do manicômio italiano, sem qualquer direito civil.

Como já afirmamos, há uma relação de dependência entre a psiquiatria, as leis e a manutenção da ordem pública. Uma vez constatada essa relação de dependência, o paradigma italiano lançou-se a um processo de transformação dessa realidade. Foi criado um hospital psiquiátrico aberto, onde as pessoas pudessem transitar livremente e exercer seus direitos civis. O ponto inicial era modificar a relação médico/paciente, através das discussões coletivas acerca das necessidades dos usuários diante de seu tratamento. Desse modo, a proposta das comunidades terapêuticas seria o primeiro passo a ser dado, seguindo o modelo das assembléias em que usuários, médicos, familiares, enfim, todos os envolvidos tivessem espaço para debater o que quisessem defender. Fala-se em uma tomada de consciência coletiva, em que a dimensão do tratamento orientava-se pela possibilidade de o usuário se emancipar como sujeito social.

A experiência mais marcante foi a de Trieste, iniciada em 1971, a partir da nomeação de Franco Basaglia para a direção de um manicômio com mais de 1.200 leitos. Optou-se por trabalhar as relações internas do hospital, com o intuito de gradualmente abrir as portas do manicômio para a cidade. Criou-se, desse modo, uma cultura distinta das relações entre as pessoas, em função da responsabilidade atribuída aos médicos e, sobretudo, pela retomada da relação do interno com a cidade. Desse modo, o princípio da comunidade terapêutica poderia ser pensado como um passo intermediário a ser dado, uma vez que o objetivo maior da proposta era promover o fechamento do manicômio e a inserção do louco no tecido social.

Por exemplo, os enfermeiros começaram a acompanhar os internos em visitas a seus familiares e, desse modo, sua função de controle e vigilância passava a ser

substituída por outra, oposta: a de oferecer e sustentar a liberdade e o trânsito dos internos. Além desse movimento de saída dos internos, há outro que também se estabeleceu: o de abertura do manicômio para a possibilidade de visitas da população. Estabeleceu-se aí um livre trânsito, sem restrição de sentido. Os de dentro poderiam sair e os de fora poderiam entrar... Os esforços se centraram na construção e no estreitamento da relação entre o manicômio e o território urbano. Culminaram em uma estratégia de reurbanização da cidade, uma vez que se iniciou a construção de centros externos de saúde mental. Esses centros acumulavam as funções de atenção à saúde mental e também de centros sociais, para abarcar as necessidades sociais dos usuários, já que muitos não dispunham de famílias para recebê-los. Por fim, formaram-se cooperativas para sustentar esse movimento, cujo sustento financeiro provinha dos recursos destinados à manutenção do manicômio tradicional, extinto desde a reformulação dos espaços públicos. Ocorreu um referendo para modificar a lei de saúde mental e, em maio de 1978, o Parlamento Italiano votou a primeira lei que preconizava o fechamento dos hospitais psiquiátricos.

Para finalizar, de forma bem sintética, o processo italiano abriu questionamentos sobre o modo de constituição da loucura como doença. A loucura pode ser vista como uma situação natural e social, mas a categorização dela como doença mental é um processo histórico, cuja consolidação dependeu, e muito, de determinado saber cientificista e legal. Nesse sentido, abre-se mão de categorias como sintoma, diagnóstico, e se passa à tentativa de adequação do louco a uma sociedade normatizante, como se o louco tivesse uma falta que devesse ser consertada.

“É preciso aumentar os graus de liberdade pessoal, pois a loucura acarreta a sua restrição. Isto ocorre não só devido à forma como ela vem sendo gerenciada, mas também porque esta é ‘per se’ uma situação de não escolha, em que o sujeito está inserido.

Terapia significa, portanto, realargar os espaços da liberdade internos do ser humano, e a sua emancipação. Para isto, é necessário emancipar o meio circundante, pois não é possível aumentar a liberdade sem aumentar o estatuto de liberdade em sua volta, ou seja, a sua liberdade de relação. É portanto necessário emancipar todo o campo terapêutico e o ambiente que o rodeia” (Rotelli, 1987, p. 14).

Para finalizar, a ênfase está na promoção da emancipação dos cidadãos loucos ao estabelecer estratégias de trabalho e de inserção social. Rompeu-se com o pensamento mecanicista de causa-efeito, já que se priorizou o trabalho sob a égide das possibilidades.

Não se espera de determinada ação um resultado específico, e isso abre para as possibilidades e apostas, pois a tutela cede terreno à participação.

1.4 A psiquiatria democrática italiana e o acompanhamento terapêutico

O exemplo de Trieste nos permite verificar os efeitos que uma estratégia de circulação do/no social pode precipitar em um tratamento com pacientes psicóticos. Esse é um ponto absolutamente consensual nas distintas abordagens do AT, calquem-se elas nas linhas cognitivas ou comportamentais, em outras abordagens psicanalíticas e mesmo fenomenológicas ou existenciais. A aposta que se faz é a de que o encontro do paciente com a rua, espaço clínico, promove efeitos na subjetividade.

A rua como espaço clínico, título da primeira publicação brasileira sobre o tema, é a primeira publicação em que se verifica uma primeira definição do que seria AT, de acordo com Porto & Sereno (1991):

“Acompanhamento terapêutico: práticas de saídas pela cidade, com a intenção de montar um ‘guia’ que possa articular o paciente na circulação social, através de ações, sustentado por uma relação de vizinhança do acompanhante com o louco e a loucura, dentro de um contexto histórico” (Porto & Sereno, 1991, p. 31).

Assim, o que se preconiza é a tentativa de estabelecer um guia da cidade em que se pudessem classificar os pontos privilegiados de determinado paciente, para que ele pudesse experimentar o seu modo singular de conexão com o tecido social, respeitando sua organização psíquica, no intuito de aumentar as possibilidades de circulação. Busca-se uma maneira possível de o paciente mobilizar os próprios recursos internos para construir seus pontos de contato com a cidade.

Nesse sentido, prioriza-se o uso de ações, ao tentar sempre promover saídas para a rua. O ponto aí é sustentar a circulação, mesmo que se saiba de antemão que seu objetivo final esteja fadado ao fracasso. Não importa, o que se sustenta é a possibilidade de a ação se concretizar, até onde for possível, a partir daquilo que fora imaginado.

Outro ponto importante é o de que a ação do acompanhante terapêutico pode produzir efeitos interpretativos. Não se trata de pensar a interpretação tal como formulada por Freud na clínica da neurose, via palavra ou silêncio, mas sim como ações,

movimentos, atos que possam sustentar aquilo que se imaginou como ação. Nesse sentido, um ato interpretativo do acompanhante terapêutico visa tão-somente favorecer o fluxo de uma ação, de modo que ela se sustente. Aponta-se também para o lugar físico do acompanhante terapêutico, que pode estar adiante do acompanhado para favorecer a ocorrência de determinada ação. Ele pode também estar ao lado, como alguém que oferece suporte ao paciente por servir como referência corporal ou então estar atrás do acompanhado, de modo a lhe oferecer possibilidades de experimentação de seu reinventar o mundo a sua maneira, em seu estilo.

Nessa mesma linha de raciocínio, Caiafa (1991) descreve a condição de aprisionamento que a crise psicótica pode propiciar. Descreve a posição de imobilidade em que determinado paciente pode se encontrar. As saídas permitem retirar o paciente da condição mórbida, ao oferecer agenciamentos de vida. Há uma aposta no fazer enredo, história, enfim, no incitar a memória. Fala-se não apenas de uma regularidade de horário, mas também daquilo que as cenas, atos, lugares públicos incitam em relação à (re)construção de uma memória e, por consequência, da tentativa de resgate dos próprios recursos subjetivos do paciente.

“De qualquer forma, já há uma transformação deste social de algo mortífero e apavorante para algo que pode impedir a morte, que possibilita a vida. Só possibilita porque pode ser usado, vivido. Usado e vivido de modo que não incorramos nós, acompanhantes terapêuticos, na burocratização de um serviço, enclausurando o psicótico a uma circulação neurótica no social, ditando modos de estar alheios ao paciente” (Caiafa, 1991, p. 98).

A cidade passa, então, a ser considerada como objeto de reflexão. Frayze-Pereira (1994) se interroga sobre a cidade ao caracterizá-la a partir do conceito de modernidade. Articula a vivência da modernidade, cujo início data do século XV, com a vivência do urbano e redimensiona as dimensões do tempo e do espaço. A vivência do tempo se modifica, já que não está mais em jogo a determinação da natureza sobre o homem e sim a determinação do trabalho. Não se dorme mais à noite e se desperta ao amanhecer. O homem moderno organiza o próprio tempo em função da ordem produtiva. O tempo passa a ser considerado como algo linear, em que claro e escuro, dia e noite deixam de ser determinantes para a organização do trabalho. Fábricas lançam mão de três turnos, bancos contratam pessoas para trabalhar na compensação de cheques de madrugada,

instituições públicas solicitam mão-de-obra para realizar processamento de dados, instituições jornalísticas contratam profissionais para manter sempre atualizados os veículos de comunicação, no caso, os *sites* de internet etc. O espaço também se modifica. O homem passa a trabalhar em um local diferente do de sua residência. Tempo e espaço passam a assumir novas configurações, e tais transformações geram consequências para a construção da subjetividade do homem moderno.

Tal processo culminou na condição subjetiva de fragmentação e descontinuidade, marcas da contemporaneidade. O homem contemporâneo vive os efeitos da industrialização. A cidade deixa de ser algo a ser contemplado, admirado, e se torna um espaço que possibilita a compra e venda de produtos. As marcas singulares da cidade, aquilo que era admirado, são postas em segundo plano em função da generalização do produto, que constitui a palavra de ordem para o sistema de produção dos bens materiais.

O homem atual é aquele que circula pelas ruas, solitário, enfrentando o caos urbano e tendo de se haver com os efeitos que essa circulação promove em si. Não se trata somente de um esforço para conquistar um melhor caminho, mas também da interação que se estabelece do homem com o caos.

“O homem na rua, lançado nesse caos moderno, vê-se às voltas com seus próprios recursos — possibilidades que freqüentemente ignora possuir — e obrigado a explorá-los à exaustão, se quiser sobreviver. E, para percorrer o caos, ele precisa estar harmonizado com os seus movimentos (...)” (Frayze-Pereira, 1994, p. 26).

Inclui-se aí estar harmonizado também com os próprios recursos psíquicos.

É nesse contexto que Palombini *et alii* (2005) localizam a figura do acompanhante terapêutico. O acompanhante terapêutico aparece aí como uma *pièce de résistance*, alguém capaz de se opor à lógica de dominação do fluxo homogeneizante do urbano. Há uma subversão no modo com que ele se posiciona na cidade, proposta a partir da figura do *flâneur*. O flanador é aquele que vagueia pela cidade, desligado/desvinculado da determinação dos fluxos urbanos atrelados à lógica capitalista. Ele circula pelo território, buscando para si possibilidades de contemplação e desfrute daquilo que experimenta e vivencia. O par acompanhante/acompanhado estabelece o mesmo tipo de relação com a cidade. O que interessa é descobrir quais são os pontos de ancoragem possíveis para o psicótico, no intuito de criar uma rede própria de circulação. A circulação abre para a

perspectiva do novo, do encontro, da possibilidade de criação de acontecimentos nos espaços. O acontecimento implica uma dimensão subjetiva, um encontro com a alteridade, uma ruptura com aquilo que mantém o psicótico em sua clausura.

Nesse sentido, retorna-se a Caiafa (1991). A aposta clínica que se faz é a de que o paciente psicótico, por estar à margem de uma amarração neurótica que lhe confere um estatuto simbólico, consegue, em seu vínculo com a cidade, construir algo que lhe permite sustentar amarração que lhe faltou no momento de estruturação da própria subjetividade.

À guisa de conclusão, apontamos para uma breve descrição do paradigma italiano de reforma psiquiátrica. A experiência de Trieste nos retrata a ênfase dada à idéia de que a sociedade produz a loucura e, conseqüentemente, passa também a ser responsável por promover estratégias de inclusão social. Vimos que o processo de fechamento do manicômio de Trieste ocorreu conforme algumas etapas. O primeiro estágio foi similar àquilo que foi descrito nas comunidades terapêuticas, a horizontalização das relações institucionais. O segundo estágio consistiu em abrir as portas do manicômio para o estabelecimento do vínculo entre o território urbano e o manicômio. As portas do asilo se mantiveram abertas e, aos poucos, foi possível diluir as diferenças entre os referidos territórios. Por fim, centros externos foram criados, com um caráter de cooperativa, para acolher os usuários que porventura não dispusessem de família ou de local para morar e até mesmo trabalhar.

A experiência italiana levou à radicalidade a proposta de inclusão social, em completa sintonia com o que a clínica do AT preconiza, conforme trabalhado neste item. No entanto, há um ponto que merece ser destacado. Como pensar a inclusão social de um psicótico, visto que ele traz consigo determinada condição subjetiva? Cabe examinar as coisas mais de perto. De fato, vimos que o paciente psicótico se beneficia ao ter espaços de ancoragem subjetiva no contexto social. No entanto, também sabemos que os pontos de ancoragem são tênues e de difícil construção. Em outros termos, não é possível propor a bandeira da inclusão social sem perguntar se determinado alguém, com a história que tem, agüenta ser lançado a coabitar um mundo determinado por uma lógica capitalista.

Talvez seja esse o ponto de maior fragilidade da experiência italiana. Há lugares simbólicos que podem ser impossíveis de habitar, ou então certos direitos garantidos por lei que são, se não impossíveis, ao menos difíceis de ser conquistados. Por exemplo, sabe-se que, no Brasil, o psicótico tem uma aposentadoria por invalidez. Questão delicada, uma vez que esse direito deriva de um rótulo, o que já pode ter implicações na subjetividade do candidato a tal abono social. Mas não se pára por aí... Ao supor essa possibilidade, imagina-se que o hipotético candidato tenha de tirar uma segunda via da carteira de identidade para conquistar tal benefício. Hipótese bastante comum, visto que, ao menos na realidade brasileira, milhares de internos perderam os vínculos familiares. Como então sustentar essa proposta diante de alguém que, em sua produção delirante, crê que sua origem advém de referências oriundas do próprio delírio e não de uma filiação marcada por um pai e uma mãe e, portanto, conforme às determinações simbólicas? A bandeira da inclusão social pode ser legítima, mas deve ser conduzida de modo a considerar as condições subjetivas de cada paciente.

Certa ocasião, atuei como acompanhante terapêutico de um paciente que criativamente produziu uma “carteirinha de apresentação” de si mesmo, cujo texto é mais ou menos o que se segue:

“Atesto para os devidos fins que [...] fulano] é construtor de pontes e edifícios, professor de educação moral e cívica, guarda noturno, marceneiro etc.”

Havia uma infinidade de profissões impressas em sua carteira, fora confeccionada de modo cuidadoso, plastificada e com uma assinatura bastante original. Um dia, foi necessário ir a um centro de análises clínicas para realizar um controle de rotina do sangue. Foi-lhe solicitado sua carteira de identidade, e o paciente logo apresentou à recepcionista sua “carteira de apresentação”. Nesse momento, criou-se um impasse. A recepcionista, de um lado, não queria aceitar o que lhe estava sendo apresentado; o paciente, de outro, recusava-se a tomar qualquer outra iniciativa, a não ser insistir na validade daquilo que estava apresentando, afinal sua carteirinha dizia muito mais dele do que o documento oficial. Após o embate entre os dois e em função da insistência do paciente, a recepcionista cedeu e permitiu a realização do exame, após a intervenção conciliatória do acompanhante terapêutico. Moral da história: não é possível insistir na

bandeira da inclusão social sem considerar as condições subjetivas daquele que ocupa um lugar excluído do contexto social. O que veremos a seguir diz respeito a essa questão...

1.5 A psicoterapia institucional francesa

Nesta tese, o paradigma de substituição do manicômio oriundo da França, denominado psicoterapia institucional, ocupará um lugar de destaque, pois nele há fundamentos importantes para se pensar a clínica do AT.

A psicoterapia institucional produziu uma alternativa importante de substituição do manicômio. Suas raízes teóricas remontam ao século XIX, de acordo com Desviat (1999), que afirma que esse modelo institucional seria uma tentativa de resgatar aquilo que seria uma instituição psiquiátrica. Seus fundamentos se originam nas concepções de Pinel e Esquirol, propositores do fundamento humanista de tratamento dos alienados. Um marco histórico importante foi a junção entre o poder judiciário e a psiquiatria, quando Pierre Rivière assassinou sua família, na França, em meados da década de 1830.

Pierre Rivière não pôde ser julgado pela justiça comum, pois sofria intensas dificuldades emocionais. O saber psiquiátrico da época intercedeu e desde então se criou uma demanda importante para o Estado: o que fazer com os criminosos loucos? O movimento humanista foi, em função dessa demanda, uma tentativa de oferecer tratamento a essas pessoas. Pinel propôs um tratamento moral, baseado em sua hipótese de que o louco tinha um cérebro mais influenciável às mazelas da sociedade. Caberia, então, propor-lhe um tratamento calcado em terapias como a estratégia do silêncio e banhos terapêuticos, um tratamento que pudesse aliviar o cérebro moralmente enfraquecido ou suscetível a explosões de loucura.

Esquirol, seu discípulo, constatou a necessidade de criar uma instituição somente para a demanda específica de tratamento da loucura. Não era possível tratar da loucura em uma instituição que juntava aos loucos toda sorte de excluídos, tais como leprosos, prostitutas, moças defloradas, mendigos etc. A título de ilustração, o hospital Salpêtrière, no período acima citado, retinha mais de 8.000 excluídos, em uma população de 500.000 pessoas em Paris. Poder-se-ia afirmar que Salpêtrière era um depositário de excluídos.

Era urgente a necessidade de organizar a casa, de criar uma instituição para o tratamento exclusivamente da loucura.

A afirmação de Desviat acerca da tentativa da psicoterapia institucional de resgatar o manicômio condiz com a retomada dos pressupostos humanistas, ao considerar a subjetividade do louco em questão, além de criar um território que oferecesse condições de tratamento à demanda específica da loucura. Pinel e Esquirol foram então resgatados, em outro momento histórico, o Pós-Segunda Grande Guerra Mundial.

Outro dado importante é o de que nesse período já ocorrera a entrada de Jacques Lacan na história da psicanálise, com seu incômodo diante do sofrimento da loucura. Lacan desbravou o terreno de tratamento das psicoses, o que permitiu uma teoria da subjetividade operativa, consistente, o que levou a constituir os pilares do paradigma francês de reforma psiquiátrica. Em resumo, o modelo institucional francês é uma tentativa de resgate do manicômio, pois resgata idéias humanistas, seja ao considerar a subjetividade do louco, seja em ao criar um território institucional organizado em torno dessa demanda específica de tratamento.

No entanto, os pressupostos teóricos da psicoterapia institucional não param por aqui. Silva (1999) aponta que Oury, fundador dessa experiência institucional, também se preocupou com a complexidade presente nas formas de alienação do sujeito, que perpassam não apenas a dimensão clínica, mas também a social, tais como a exploração capitalista e as estratégias de coerção exercidas pelas instituições do Estado. Assim, fala-se de uma dupla alienação: a alienação psicótica — a partir de Lacan, ao se pensar a estruturação do sujeito via linguagem e desejo — e a alienação social, calcada no pensamento marxista.

Do ponto de vista da subjetividade, tem-se aí uma condição alienante na estruturação do desejo, na medida em que sua constituição se dá a partir do assujeitamento da criança ao desejo do Outro. Essa condição denuncia nossa precariedade, já que para nos tornar humanos é necessário submeter-nos à condição desejante do Outro, porta-voz da linguagem e da ordem simbólica da cultura, com suas regras e interdições organizadoras da sexualidade. Ora, trata-se de uma condição paradoxal, na medida em que, se existe algo de liberdade, esse algo deve ser conquistado

a partir da operação de separação² da condição alienante, que é inerente à constituição subjetiva humana.

Para Oury, a alienação psicótica provém da própria constituição da subjetividade, mas também dos efeitos presentes da alienação social. Ele fundamenta sua idéia nos *Manuscritos econômico-filosóficos de 1844*. O trabalhador deixa de se reconhecer naquilo que cria, já que o produto passa a ter uma existência própria e a exercer influência sobre a subjetividade. O trabalhador se defronta com a vida do produto.

E como articular, no tratamento da loucura, a alienação psicótica e também os efeitos da alienação social? O argumento de Oury é o da ética, em que se articulam, em uma justa medida, desejo e ação.

Nesse sentido, deve-se também pensar que a dimensão da alienação social está presente naqueles que tratam da loucura, o que desemboca na exigência de tratar a alienação da própria instituição.

“O tratamento de psicóticos na instituição exige, portanto, a um só tempo: a desalienação da instituição (alterar as condições e a organização do trabalho, proceder a uma análise concreta da instituição e rever as relações políticas e as trocas com a sociedade mais ampla e com o Estado, as formas de distribuição dos recursos, a análise da demanda, etc.) e a desalienação dos que tratam (que permitam que esses, na tarefa de tratar, possam colocar em jogo o seu desejo)” (Silva, 2001, p. 93).

A instituição de tratamento busca interrogar, continuamente, o que são seu trabalho, seus efeitos, suas estratégias de intervenção, enfim, estabelecer ferramentas conceituais para que se possa questionar e reorientar uma prática mais efetiva. Oury sustenta a idéia de que é sempre necessário questionar o trabalho, de sorte a lutar contra sua condição alienante, a objetificação. Desse modo, a instituição é levada sempre a se questionar sobre o arsenal teórico que sustenta sua práxis, para revê-la e teorizá-la no *a posteriori*, uma vez que os pacientes são absolutamente capazes de perceber se o que se oferece, em termos de tratamento, é algo que favorece a aderência ao mesmo ou não e se se reproduz a alienação ou não.

Oury estabelece sua proposta de tratamento em torno do conceito de coletivo. Tendo em vista a condição subjetiva da psicose, sua fragmentação, cabe à instituição se

2. Ponto de capital importância, que será retomado a partir do Seminário 11, *Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*, de Jacques Lacan.

organizar em uma multiplicidade de saberes, em que os técnicos, — ou seja, a psiquiatria, a terapia ocupacional, a assistência social, enfermagem, pessoal do administrativo, enfim, todos os envolvidos no tecido coletivo — possam sustentar, seguindo critérios metodológicos definidos, o paradoxo existente em oferecer sistemas coletivos que abarquem, ao mesmo tempo, o acolhimento do singular. Há aí uma espécie de trânsito entre o coletivo e o singular e vice-versa.

“Oury afirma que a lógica subjacente à noção de coletivo não é a lógica habitual da organização dos sistemas psiquiátricos tradicionais, fundada num sistema hierárquico, mas uma lógica que deve respeitar quase uma infinidade de fatores, um por um, o que não é possível nesse tipo de organização. Não se trata, portanto, da lógica de uma simples discursividade, nem da serialidade, nem da Gestalt, e sim da lógica dos conjuntos transfinitos, da lógica dos conjuntos aleatórios e da lógica da poética” (Silva, 2001, p. 103).

Busca-se sustentar os espaços de transicionalidade, tal como Winnicott formula, para organizar o tecido coletivo de tal modo que a alienação psicótica, do modo como foi teorizada por Lacan, seja passível de tratamento, além, é claro, de oferecer condições de desalienação das determinações sociais. Tudo isso calcado no princípio ético de que é possível oferecer tratamento aos psicóticos, justificado pelo plano teórico e, sobretudo, pelo desejo daqueles que se propõem a tratá-los.

“O Coletivo não é nem um conjunto de indivíduos, nem um grupo de pessoas, nem um estabelecimento ou instituição, podendo ser mais bem definido como um sistema de multifunções que deveriam ser colocadas em prática para se obter os efeitos desejados. Trata-se, então, de destacar quais são os efeitos positivos desejados [...] onde se possa viver de um modo bastante personalizado.

Oury destaca como efeitos desejáveis: o respeito ao outro numa dimensão ética, a possibilidade de estabelecimento de um bom contato com os pacientes que não os deixe cair no vazio e que permita que a pessoa em sofrimento perceba que conta com os outros, a heterogeneidade, a liberdade de circulação e a transferência. [Além destes, Oury destaca ainda como efeitos do Coletivo a polifonia, a multidimensionalidade e transversalidade (...)] ” (Silva, 2001, p. 104).

Cabe, então, à instituição oferecer espaços heterogêneos que favoreçam a circulação do paciente no espaço institucional. Porém, não se trata apenas de uma oferta de distintos ateliês ou grupos terapêuticos, organizados em torno de determinado tema. Faz-se necessário criar um ambiente caracterizado por um estilo de aproximação que promova contato com o que lhe é ofertado, que promova a possibilidade de encontro. É por esse prisma que o psicótico pode circular nos espaços institucionais, tendo aí, nessa oferta, uma possibilidade de escolha e, conseqüentemente, de liberdade de circulação. O

que se segue é uma citação de Oury acerca da noção de encontro, advinda do pensamento de Lacan:

“Não há encontro a não ser que se coloque em questão qualquer coisa do Real. Sabemos bem que o esquizofrênico, o psicótico, vive no Real. Não é realidade; o Real é qualquer coisa de bem mais espantoso; é paradoxalmente não passível de ser vivido. O Real é justamente o que se evita sempre, mas é qualquer coisa que sempre esteve lá, isso que reaparece sempre lá onde não se esperava. Ali, justamente onde o encontro, que é sempre da ordem do acaso, pode se manifestar. Se somos tomados por esse nível, estamos imersos na existência, e isso terá conseqüências práticas na vida do esquizofrênico. Esse problema do encontro (...) exige, para poder se articular praticamente, o estabelecimento de uma rede de lugares bastante diferentes” (Oury *apud* Silva, 2001, p.104).

Do ponto de vista da psicanálise, é possível justificar a importância de promover a circulação do paciente psicótico no interior da instituição, na medida em que a noção de passagem pode ser trabalhada visando efeitos terapêuticos. O que se verificou como passagem ao ato em um grupo pode ser posteriormente elaborado como *acting-out*.

Distingue-se passagem ao ato de *acting-out* da seguinte maneira: enquanto a primeira ocorre sem qualquer participação de alguém como testemunha, sem bastidores ou espectadores sendo, portanto, uma cena para não ser testemunhada, o segundo passa a ser algo mais organizado pois depende de um espectador. Assim, o *acting-out* ocorre em uma cena e, portanto, na transferência, passível de sofrer intervenção analítica. Tal ponto é importante, pois as instituições psiquiátricas, de modo geral, estão organizadas para que não haja qualquer tentativa de passagem ao ato, tais como a fuga ou o suicídio. Assim sendo, o propósito da instituição defendida por Oury é o de que os pacientes possam falar, organizarem-se, viverem cenas passíveis de algum tipo de intervenção clínica.

Ressalta-se também a importância de sustentar, no Coletivo, a transferência. Questão delicada, visto que a dimensão transferencial da clínica exige muita atenção para ser manejada. Haja vista que a maioria das organizações extingue, em seu funcionamento, toda e qualquer possibilidade de emergência do dizer. Onde há possibilidade de emergência do dizer, de emergência do sujeito, há circulação de palavra e, por conseqüência, transferência.

Verificar o que se demanda na transferência por parte dos pacientes é fundamental, já que o manejo transferencial tem efeitos clínicos, uma vez que a direção do tratamento

vai em direção ao esvaziamento da demanda. A demanda última é a demanda do nada. Tal manejo põe em xeque o desejo do analista, seus questionamentos, para que a compreensão aniquilante do desejo do outro seja posta de lado e, aí sim, se possa sustentar a função de corte, propiciando a emergência do significante. O que se sustenta, na direção da cura, é a escansão do significante, já que o sujeito se localiza nos intervalos do significante. O manejo da transferência visa romper com a repetição, visa à criação.

Outra função de capital importância para o funcionamento do coletivo condiz com a função diacrítica. Este termo se refere a certos signos capazes de marcar diferença em relação a outro signo. Por exemplo, na gramática utiliza-se o sinal ~ (til) para distinguir o fonema ã, nasalado, do fonema a, pronunciado de forma aberta e com o ar exalado pela boca.

Na instituição, a função diacrítica assume seu papel ao distinguir aquilo que é da ordem do amorfo, do confuso, na tentativa de romper com a repetição, com o vazio. Cabe, então, salientar aquilo que determinado acontecimento possa trazer de novidade. A função diacrítica busca distinguir o diferente e acontece de forma prática, em função de acontecimentos que se passam na instituição ou fora dela. Oury afirma que acontecimentos importantes exigem ser apontados, interpretados, no intuito de romper com a repetição. Ele salienta também o risco de interpretar algo que já está lá, antevendo ou supondo uma substância presente, porém oculta, à espera de ser revelada. Precaução valiosa, na medida em que se corre o risco de cair em uma espécie de hábito interpretativo, que incorre, mais uma vez, em repetição.

A interpretação almejada é aquela que implica uma decisão. Como decidir se um acontecimento merece ser apontado, interpretado? Ora, tal decisão está em articulação com a função diacrítica, que visa justamente destacar aquilo que escapa à monotonia. Ela assume, nesse sentido, uma função de corte. Os efeitos desse apontamento ou interpretação recaem também sobre a equipe, uma vez que aqueles que estão diretamente envolvidos com o paciente em questão serão convocados a repensar sua estratégia de manejo da transferência.

“(…) O que está em jogo na estratégia é um certo tempo para compreender, que leve em conta a dimensão do inconsciente e a transferência. Além disso, para se colocar em jogo uma estratégia no campo pragmático é necessária uma consistência que

implica que haja entre os membros que participam da equipe de trabalho uma espécie de evidência cognitiva intersubjetiva. Não se trata portanto simplesmente de perguntar ao outro: você está de acordo?” (Silva, 2001, p. 108).

O horizonte a ser seguido é descolar-se do plano empírico, do plano da diferença entre técnicas ou abordagens, de modo a não ocorrer, na práxis, qualquer veiculação de conceitos, já que não é por meio de uma racionalidade técnica que se trata da psicose. É por isso que se exige uma constante teorização da práxis e das justificativas teóricas e éticas.:

“(...) Para que o que se faz tenha sentido é preciso que haja inscrição, tradução da teorização que se faz. Teorizar é traduzir o que se faz a partir de uma certa grade” (Silva, 2001, p.108).

Entretantes, não é a ordem de uma doutrina comum, no contexto de uma adequação ideológica, que está em jogo no funcionamento institucional, mas sim a urgência de se ter como norteador da práxis certos pontos de acordo, em que as estratégias possam se ancorar.

Há uma distinção, proposta por Oury, entre aqueles que tendem a não destacar nada de novo do coletivo e outros que possuem uma atenção maior para perceber o novo, em salientar, no dia-a-dia da clínica institucional, aquilo que pode ser equiparado a um acontecimento. Evidentemente, tais posições não se cristalizam em cada um dos técnicos, já que todos podem estar mais propensos a estar, um dia, mais aguçados a apontar o acontecimento do que em outro momento. Desde Freud, em *Psicologia das massas e análise do eu*, teoriza-se a idéia de que, aqueles mais inclinados a se apoiar na massificação dos acontecimentos, na crença de uma mesmice, funcionam no registro do imaginário e, portanto, na identificação com o eu ideal. Já aqueles que são capazes de discernir um acontecimento da rotina institucional, identificam-se ao ideal do eu e, por consequência, ao registro do simbólico.

A tentativa maior é a de fugir, nos grupos, da ordem da sugestão ou da fascinação imaginária. Para tanto, a estratégia adotada é sustentar um hiato entre o eu ideal e o ideal de eu, entre o imaginário e o simbólico. O trabalho analítico incide no registro do simbólico. Por esse prisma, pode-se verificar que a resistência se articula com o registro do imaginário, seja em análise, seja no Coletivo, em forma de passividade, inércia ou

sustentação de determinada ideologia. A passagem do imaginário ao simbólico atualiza a operação simbólica da castração.

Mais uma vez, o impasse entre o imaginário e o simbólico é perpassado pela necessidade de um constante trabalho institucional, em que a mudança do ambiente, do cotidiano institucional, constitui-se por uma rede de atos e por seus efeitos decorrentes. Oury descreve a característica do ambiente ao se referir ao conceito de semblante, tal como Lacan o formula. Assim, o coletivo se funda na possibilidade de sustentar o semblante, no qual se possibilita a ocorrência do discurso analítico. Sustentar o semblante não é uma tarefa trivial. Pensa-se em certo tom diante do acontecimento, uma disposição interna diante do insólito, um esforço tenaz em sustentar aquilo que é da ordem do não-saber. É dessa ordem que se precipita a possibilidade do acolhimento do insólito.

Por fim, salienta-se um procedimento fundamental para a continuidade do trabalho institucional — o de se ter, sistematicamente, reuniões de equipe, momento privilegiado para que se possa discutir o movimento de cada singularidade no coletivo, quando se abre a possibilidade de apontar e dissolver as cristalizações imaginárias; enfim, onde há uma espécie de análise da contratransferência institucional. Isso porque gerir a proposta do coletivo na instituição é possibilitar a ocorrência daquilo que Oury denominou como constelação em torno de determinado paciente ou, dito de outro modo, considerar quais são as pessoas que o paciente elegeu como significativas para, na transferência, endereçar seus significantes.

“Como então interpretar, no plano coletivo, tudo isso que se passa? Essa não é uma tarefa simples, pois requer que cada membro da equipe (ou pelo menos grande parte destes) possa funcionar como um interpretante. Mas para interpretar, aqueles que interpretam devem tentar analisar os obstáculos imaginários, o que consiste numa tarefa enorme, pois para se situar na condição de interpretante é preciso manter o semblante, é preciso assumir a castração, ou seja, aceder ao registro do simbólico, o que implica dominar e reduzir ao máximo a dimensão imaginária. A interpretação, no plano coletivo, se situa, portanto, no nível da estratégia, que consiste em que os responsáveis pelo coletivo estejam numa atitude analítica e que se reúnam, não para decidir ou se informar em detalhes, mas para elaborar equações significantes. É evidente então que todos que participam da instituição terapêutica são presos eles mesmos como material dessa grande máquina abstrata, onde aquilo que está em jogo é uma espécie de poema permanente que se faz e que se deve decifrar segundo novas regras” (Silva, 2001, p. 115).

Para concluir este item, retomamos o que foi proposto pela psicoterapia institucional francesa, no intuito de apresentar, ao menos no que se refere aos termos da experiência institucional, aquilo de que essa experiência não pôde dar conta, quando se trata da substituição do manicômio. Vimos que essa modalidade de tratamento das psicoses foi, conforme Desviat, uma tentativa de resgate do manicômio, na medida em que se estabeleceu a necessidade de constituir uma teoria da subjetividade das psicoses e um território que se organizasse em torno dessa demanda específica. O momento histórico contava com a teoria lacaniana das psicoses, o que então ofereceu novos aportes teóricos à organização do tecido institucional, em torno do que se denominou de coletivo, como uma estratégia clínica de tratamento da alienação psicótica e da alienação social.

Há uma especificidade nas políticas públicas de saúde na França, denominada política de setor, em que um território urbano é dividido em setores, de modo a se poder realizar um levantamento epidemiológico e criar estratégias de tratamento e uma estimativa prevista de incidências de determinada patologia. No caso das políticas públicas de saúde mental, isso também se aplica. Assim, o território institucional de tratamento das psicoses inscreve-se no espaço urbano como um território de circulação do psicótico, não para promover a exclusão e o confinamento, e sim para oferecer tratamento. O problema que se enfrentou nessa tentativa de substituição do manicômio foi o de que o território institucional atrelado à proposta de psicoterapia institucional não foi capaz de dar conta de todas as manifestações clínicas da psicose. Ora, é possível oferecer um tratamento intensivo à psicose. No entanto, esse tratamento abarca determinados momentos subjetivos da psicose, e não sua totalidade. Por exemplo, um momento de crise psicótica, um surto em que o paciente esteja bastante descontrolado, vai demandar uma contenção maior, própria de uma enfermaria psiquiátrica.

Nesse contexto e à guisa de conclusão, afirmamos que esse modelo institucional deu conta de realizar uma substituição parcial do manicômio, pois não conseguiu prescindir totalmente daquilo que o manicômio oferece, não no sentido de cronificação da loucura na vivência institucional, mas sim de certa dose de contenção que, às vezes, é necessária.

1.6. A psicoterapia institucional francesa e o acompanhamento terapêutico

Nesse momento, destacamos alguns pontos importantes, tais como a origem institucional do AT atrelado a uma instituição similar ao que se denomina hospital-dia, próprio do modelo institucional acima descrito, bem como a retomada de uma concepção teórica de subjetividade da psicose, ponto importante para se pensar uma estratégia clínica das psicoses em que o registro do simbólico opere para dar sustentabilidade à inclusão social, questão já apontada num item anterior, denominado “Psiquiatria democrática italiana e o acompanhamento terapêutico”.

O acompanhamento terapêutico surgiu na Argentina, em torno dos anos 1970, a partir de uma história institucional. Havia uma instituição de tratamento de pacientes com graves comprometimentos emocionais, coordenada pelo Dr. Eduardo Kalina, em que se constatou uma série de fracassos clínicos, em função da não-aderência de alguns pacientes ao tratamento institucional. Desde então, pensou-se que alguém da equipe pudesse ir ao encontro do paciente, para tentar novas estratégias de instalação do dispositivo de tratamento, de modo a tentar trazer o paciente para o tratamento institucional. Mauer e Resnizky (1987) trabalharam essa questão ao afirmar que o AT tem um papel próprio quando desempenhado por uma equipe multiprofissional, em que as funções e responsabilidades de cada dispositivo são assimétricas e interdependentes. Desde o início do AT, aparece a necessidade de o trabalho ser desenvolvido em equipe, para que o heterogêneo opere na montagem institucional e também para que o paciente perceba a existência de uma rede de profissionais articulados ao caso.

Sabe-se que um dos desafios para a clínica da psicose é a instalação do dispositivo de tratamento. Esse momento do processo clínico é de extrema relevância e também de grande dificuldade. Ora, se recuperarmos a história do surgimento do AT, perceberemos que foi uma demanda institucional de hospital-dia que propiciou a origem desse tipo de atendimento, que passou então a exigir um profissional que pudesse dar conta dessa demanda. Havia muitos casos em que o paciente simplesmente não estabelecia

transferência com a instituição e seu tratamento. Nessa ocasião, o que se poderia fazer? Como superar o impasse oferecido à instituição pela clínica da psicose? É a partir daí que surge um profissional da equipe, capaz de ir de encontro ao paciente e que, passo a passo, passa a estabelecer vínculo transferencial com ele para, posteriormente, criar uma transferência com a instituição. Esse profissional oferece suporte para que o paciente se engaje em um tratamento na instituição por meio, por exemplo, de uma aposta na aceitação de um convite, feito em um momento propício, a uma visita à instituição. Essa estratégia foi capital para que a instituição pudesse incrementar suas potencialidades terapêuticas em um momento crucial do tratamento, no caso, a instalação do dispositivo de tratamento. Assim, podemos afirmar que esse profissional assume o caráter de braço, extensão da instituição. Contudo, sua função inicial não se restringiu à instalação do dispositivo de tratamento.

“Ao estabelecer um contato cotidiano com o paciente, o acompanhante terapêutico poderá obter uma informação fidedigna sobre o comportamento do mesmo na rua, dos vínculos que mantém com os membros da família, do tipo de pessoas com quem prefere se relacionar, das emoções que o dominam. Registrará também condutas chamativas da vida cotidiana em relação à alimentação, ao sono, à higiene pessoal. Tudo isso favorecerá em menor tempo uma compreensão global do paciente por parte da equipe e servirá como indicador de diagnóstico e prognóstico de inestimável valor” (...) (Mauer e Resnizky, 1986, p.62).

O papel do acompanhante terapêutico no molde acima apresentado se constitui através de uma dependência institucional:

“Seu trabalho não pode ser realizado de forma isolada. Está inscrito no seio de uma equipe” (Mauer e Resnizky, 1986, p.64).

O acompanhante terapêutico assume a responsabilidade de coletar informações da vida do paciente para a equipe que o assiste. Assim, seu papel está circunscrito à necessidade de a instituição se prolongar até os espaços de circulação do paciente fora do espaço físico institucional. Ele também tem como tarefa realizar procedimentos assistenciais, ou seja, auxiliar o paciente a cuidar de sua higiene pessoal, a realizar tarefas domésticas, a ir ao banco, a providenciar um documento qualquer, entre outros.

Mas, nesse contexto se abre uma questão, pois um ponto importante é o que foi descrito como uma primeira função do AT. Indaga-se acerca de seu próprio propósito clínico. Caberia pensar a prática do acompanhante terapêutico como algo que se

aproxima do que foi descrito por Mauer e Resnizky, ou seja, reduzir sua função à coleta de informações e à realização de tarefas assistenciais? Será que não se poderia formular a sua demanda, de modo a ser necessário, inclusive, recorrer a novos aportes teóricos e metodológicos? Como circunscrever e teorizar o momento de instalação do dispositivo de tratamento? A direção de tratamento ou o projeto terapêutico se orientam em direção à localização do sujeito psicótico no laço social?

As questões acima expostas constituem o ponto central em torno do qual gravita esta tese de doutorado, porque a história do surgimento do AT parece ter pregado uma peça ao próprio AT. De um lado, vimos que o modelo ou paradigma do hospital-dia se originou a partir de uma demanda específica da psicose, em que uma teoria de subjetividade, no caso, a lacaniana, permitiu aportes teóricos, éticos e metodológicos importantes para a constituição do coletivo, conceito descrito a partir do pensamento de Oury. No entanto, ao se recuperar a história de seu surgimento, sua função foi reduzida àquilo que mais se assemelha a um auxiliar psiquiátrico, ao se salientarem a horizontalização das relações institucionais e o debate acerca do termo amigo qualificado para denominar essa primeira função. Alguém próximo, capaz de auxiliar o psicótico em suas ações cotidianas ou coletar informações, sustentar uma proximidade... Ora, vimos que era necessário dar um passo a mais, em vista de orientar a clínica do AT para aquilo que de fato promove efeitos clínicos, focalizar o acento no terapêutico dessa função, na medida em que se oferece estratégias de aproximação do sujeito psicótico com o laço social. A posição de proximidade com a loucura, por si, é insustentável, na medida em que se ocupam posições assimétricas no par acompanhante/acompanhado. Como então sustentar a hipótese de que o AT, imbuído da teoria lacaniana sobre a subjetividade da psicose, pode atingir os efeitos clínicos a ele atribuídos, no caso, construir meios de estabilização para que o sujeito psicótico suporte uma proximidade com o laço social?

Guerra e Milagres (2005) oferecem à literatura do AT um avanço importante, na medida em que sustentam uma hipótese teórica condizente com o que foi exposto até aqui. Falam elas de dois pontos: o primeiro é uma retomada da discussão acerca das práticas inclusivas, em que o debate se centra sobre tendências ou posições históricas descritas anteriormente, ou seja, que essa clínica estaria ao lado ou das determinações

sociais ou então das determinações simbólicas, priorizando a tendência da reabilitação social ou a da reestruturação subjetiva, respectivamente. O segundo aspecto importante é o de que essas autoras oferecem uma hipótese teórica importante para o acompanhamento terapêutico, em que a superação da dicotomia social/clínico se faz presente, conforme o que será apresentado em outro capítulo denominado “Acompanhamento Terapêutico e Lacan”.

Quanto à reabilitação social, como foi visto anteriormente, o paradigma italiano de substituição do manicômio parte da premissa de que a sociedade é responsável pela loucura e que, portanto, caberia a ela se responsabilizar por oferecer estratégias sociais de reabilitação. Nesse contexto, cabe acompanhar o argumento presente na reflexão das autoras citadas, no que concerne à problematização do AT nesse debate.

Conforme a International Association of Psychosocial Rehabilitation, caberia resgatar e promover aquilo que comporia os aspectos mais positivos do paciente, para que se pudesse aumentar seu potencial de autonomia e liberdade diante da comunidade, ao enfatizar as partes mais sadias do indivíduo e, desse modo, poder almejar a uma autonomia funcional. Autores mais contemporâneos fundamentam essa linha de raciocínio em uma idéia de equidade, ou seja, na perspectiva de que a sociedade deveria ser mais justa e que, para tanto, os projetos terapêuticos fossem encaminhados nessa direção. Tal perspectiva pode ser contestada na medida em que os ideais de mobilização das capacidades individuais para a sobrevivência, sob a ótica darwinista, reforçam a noção de adaptabilidade ao meio e de seleção dos mais aptos à sobrevivência. Nessa linha de pensamento, Saraceno sustenta a idéia de que a reabilitação social passa, mais do que por um reforço das habilidades individuais, por uma retomada do modelo de redes múltiplas de negociação, em que as regras do funcionamento social poderiam ser modificadas de modo a catalisar as trocas de competência e interesse. Diante desse argumento, surge uma questão: seria possível modificar as regras de funcionamento social em um mundo globalizado? Abrem-se apontamentos importantes para a dimensão política e social do debate acerca da inclusão. No entanto, resta um apontamento: seria possível descolar o referido debate da dimensão social como algo externo e superior ao sujeito?

Contudo, é com Viganò que se apresenta um caminho importante para a questão que vem sendo posta, já que ele aponta para a necessidade de recuperar a dimensão inarredável do sujeito, oriunda da clínica. É necessário, portanto, deparar-se com a dimensão subjetiva ao pensar sobre as estratégias de reabilitação social. Ora, esse ponto já foi abordado no item denominado “Psiquiatria democrática italiana”, onde criticamos a ausência da dimensão subjetiva desse paradigma. Orientado pelo ensino de Freud e de Lacan, o argumento presente é o de que o sintoma na psicose fala de uma posição subjetiva e também de uma posição ética diante do delírio, como cura e/ou elaboração da castração. As estratégias inclusivas não devem, portanto, excluir a dimensão subjetiva citada, ou, dito de outro modo, criticamos os modelos de reabilitação social que simplesmente obstruam o sintoma psicótico.

“Toda aprendizagem que o Outro social fornece ao sujeito permanece na série de objetos dados pelo Outro materno e não libertará jamais o sujeito de sua dependência, dita simbiótica. [...] A reabilitação não reabilita senão à ordem simbólica, aquilo que permite a um sujeito se comunicar com a realidade. Esta afirmação tem uma consequência: a reabilitação pode ser bem-sucedida somente com a condição de seguir o estilo que sugere a estrutura subjetiva do psicótico” (Viganò apud Guerra & Milagres, 2005, p. 70).

Não se trata apenas de criar condições para sustentar uma posição no contexto social, mas de criar estratégias simbólicas do sujeito para barrar o real do gozo do Outro. Entram em concordância a dimensão social e a dimensão subjetiva para pensar a inclusão social, uma vez que a clínica é indissociável do laço social. Esse ponto é importante, pois o desmonte do manicômio e a criação de espaços públicos de circulação social pode incorrer no risco de se criarem novas formas de exclusão social, às vezes promovidas pela própria rede de assistência à saúde mental, quando se idealizam as possibilidades de emancipação do louco.

Desse modo, propõe-se a estratégia do caso clínico, ao considerar a singularidade subjetiva do paciente em questão, sua dimensão particular, a partir de sua inscrição como sujeito de linguagem diante da ordem simbólica da cultura. Como considerar a implicação do sujeito psicótico no mundo que ele habita? A perspectiva apontada é a de considerar a subjetividade do sujeito e as intervenções clínicas sustentadas, de sorte a comprometer o sujeito por aquilo mesmo que produz. Cabe então considerar as

estratégias do sujeito adotadas, para que os retornos do real se tornem menos insuportáveis, para que o gozo se torne mais civilizável.

“Podemos dizer que o caso social é aquele que se desenvolve a partir do peso de uma equação do tipo: saúde = mercadoria. O caso social, então, tende a ser aquele dentro dessa lógica; é o caso do discurso do puro significante, dos instrumentos jurídicos e assistências. O caso clínico, no entanto compreende, além do significante, o objeto. Enquanto o caso social é conduzido pelos operadores, o caso clínico é resolvido pelo sujeito, que é o verdadeiro operador, desde que nós o coloquemos em condições de sê-lo. Assinalo que o caso clínico não exclui o caso social. Pelo contrário, o caso clínico é a condição para que haja o caso social” (Viganò apud Guerra & Milagres, 2005, p. 71).

Desse modo, concluímos que não é possível manter a dicotomia social/subjetividade diante do debate da reabilitação social, uma vez que se estabelece uma relação dialética entre ambos. A orientação preconizada é a de romper com a referida dicotomia, pois sua superação visa construir formas de estabilização no laço social e, conseqüentemente, estratégias de inclusão mais efetivas.

Por esse prisma, e à guisa de uma conclusão para o argumento acima exposto, percebemos um descompasso entre aquilo que se produziu em termos do modelo francês de substituição do manicômio e a história do surgimento do AT. É claro que o paradigma francês apresentado foi construído com base em uma experiência institucional, é uma invenção historicamente datada, o que então não obrigaria as equipes de hospital-dia do mundo a compartilharem, obrigatoriamente, da teoria lacaniana da psicose. Aliás, não é isso que se espera, pois inclusive como foi visto no item “Psicoterapia institucional francesa”, uma equipe que sustenta o coletivo a partir de alguns procedimentos éticos e técnicos comuns não invalida os saberes distintos. Tanto é assim que, no Brasil, os atuais CAPs (Centros de Atendimento Psicossocial) não trabalham somente com lacanianos. Seria absurdo esperar que os profissionais presentes nos CAPs só pudessem trabalhar nessa ótica teórica ou então que se certificasse, em um concurso público, uma formação teórica lacaniana.

Não obstante, é verdade que é recente na história do AT a tentativa de teorização dessa clínica desde o viés lacaniano. Esse ponto será mais bem explorado no capítulo denominado “A instalação do dispositivo de tratamento e o olhar em rede”. No momento, o que ressaltamos é a retomada dos pressupostos históricos pertinentes para uma primeira

caracterização desse fazer clínico. Vimos que as comunidades terapêuticas da Inglaterra propiciaram a horizontalização das relações institucionais e que esse passo favoreceu historicamente a saída de um profissional da instituição ao encontro do paciente. Também apontamos para o fato de que o modelo italiano de substituição do manicômio se propôs a dar um passo a mais, pois a horizontalização das relações institucionais seria um momento intermediário para uma estratégia de inclusão mais efetiva. A reabilitação social, por esse viés, estava focada na reformulação do tecido institucional, já que a sociedade, como produtora de loucura e de exclusão social, deveria também se responsabilizar pela criação de estratégias de reabilitação social. Nesse ponto percebemos que algo escapava dessa proposta, ou seja, a dimensão subjetiva ou simbólica do psicótico. Esse aspecto foi priorizado na experiência francesa, como vimos, desde sua origem. A partir da reflexão de Guerra & Milagres, foi possível verificar uma superação da dicotomia social e subjetiva, que outrora era sustentada pelos modelos italiano e francês, respectivamente, passando para a idéia de que a clínica do AT, efetivamente, redimensiona a condição subjetiva no ato mesmo de reabilitação social.

A premissa aqui defendida é a de que a oferta de aproximação do sujeito psicótico com o laço social promove efeitos subjetivos importantes e que esses efeitos constituem a matéria prima do AT. Cabe recordar a definição de Oury sobre encontro, descrita no item anterior, à qual se atrela dimensão de efeitos de real. Pode a clínica do AT sustentar uma teorização desde essa perspectiva, desde a noção de real na psicose, oriunda do ensino de Lacan? Essa é a posição que defendemos, já que a hipótese teórica a ser sustentada é a de que o AT produz efeitos analíticos. É o que veremos a seguir...

Capítulo 2

FREUD E A PARANÓIA

Psicoses: do que se trata? Este capítulo versará sobre essa questão.

De que maneira a psicanálise abordou a problemática dos tratamentos das psicoses? Quais foram os impasses aí surgidos? Como foram superados? A reflexão que aqui se segue, longe de esgotar a questão, visa apresentar um recorte sobre a clínica das psicoses na obra de Freud como ponto de ancoragem teórica. O propósito, no caso, é problematizar a idéia da posição ética da psicanálise diante da escuta do delírio — ponto de capital importância porque condiz com questões pertinentes à orientação da clínica do AT. O enfoque dado a este capítulo será o da clínica da paranóia.

Naquilo que concerne ao pensamento freudiano, abordaremos inicialmente o momento pré-analítico, quando Freud desenvolveu a técnica da hipnose diante da clínica da histeria. Essa reflexão é importante, pois ilustrará o modo como foi inventada a psicanálise, o que permitirá ilustrar a maneira pela qual Freud pôde se distanciar do pensamento positivista — marcado pela noção de causalidade. A partir dessa primeira reflexão, vamos nos aproximar da questão específica da paranóia, também circunscrita a esse momento pré-analítico. Desse modo, propomo-nos a ilustrar a hipótese teórica acerca da paranóia, cujo mecanismo de projeção de uma representação inconciliável com a realidade se fará presente, assim como uma breve reflexão sobre o método hipnótico aplicado a essa patologia.

Posteriormente, apresentaremos a noção freudiana da constituição do sujeito para problematizar a idéia de perda da realidade na paranóia. Verificaremos que não se trata de uma realidade qualquer, mas sim de uma percepção bastante especial, no caso a rejeição da percepção de que a mãe, ou sua substituta, é castrada. Esse momento estruturante da subjetividade não é sem conseqüências quando se trata de pensar a etiologia da paranóia. Aqui, falamos de uma teoria própria do movimento psicanalítico,

pois articularemos a hipótese da sexualidade infantil e suas particularidades como ferramentas teóricas para a concepção de uma teoria sobre a subjetividade na psicose. No entanto, não perderemos de vista a contribuição freudiana existente no caso Schreber, publicado em 1911. O recorte apresentado ilustrará alguns elementos da hipótese freudiana sobre as psicoses formulados nesse momento, no caso, a de que o paranóico tem a projeção como mecanismo de defesa frente à homossexualidade — questão que também será debatida e revista —, além de uma rica produção delirante. Desse modo, verificaremos como Freud trabalhou a concepção de delírio para encaminhar uma posição ética diante da intervenção clínica.

2.1. Freud, a hipnose e suas primeiras formulações sobre a teoria da histeria

A respeito de suas primeiras influências, percebe-se que o jovem Freud foi marcado por um pensamento cientificista, em que a noção de causalidade se fazia presente e se buscava ainda uma comprovação do conhecimento a partir da experiência. Esses dois aspectos são fundamentais para caracterizar as relações entre teoria e método psicanalíticos, presentes desde este início, e que chamamos de período pré-analítico ou a teoria do trauma¹ e a decorrente técnica da hipnose.

Foi em sua viagem a Paris (Gay 1999), depois de ter recebido uma bolsa de estudos, que Freud fez suas primeiras experiências com a hipnose. Em março de 1885, ocorreu o encontro de Freud com Charcot, eminente pesquisador, que trabalhava no não menos famoso hospital Salpêtrière. Foi nesse encontro que Freud se deparou com o fenômeno psíquico e com uma questão crucial:

Como distinguir a doença psíquica da doença física?

1. Posteriormente à teoria do trauma, Freud formulou a teoria da sedução, também presente nessa fase denominada “pré-analítica”. A teoria da sedução consiste em remeter à causalidade do sintoma um fato ocorrido na realidade, no caso, a idéia de que um adulto incitou em uma criança uma estimulação sexual precoce, que assumiria um estatuto de trauma e seria capaz de gerar um sintoma psíquico. Recomenda-se a leitura do texto denominado *A etiologia da histeria*, de 1896.

Cabe lembrar que Freud se aproximou do fenômeno histérico, fenômeno que tem a particularidade de interrogar o próprio saber da medicina. A representação dominante que se tinha na época acerca das histéricas, sobretudo pelo viés médico, era a de que elas eram fingidas ou dissimuladas, já que diziam sofrer de sintomas no corpo, mas não apresentavam qualquer etiologia biológica desses mesmos sintomas. Curioso pensar que as histéricas acabavam por explicitar a impotência do saber médico e de seu olhar sobre elas mesmas o que, diga-se de passagem, é o que normalmente ocorre nesse tipo de fenômeno: apontar a impotência e/ou a falta no outro.

E como pensar a causa da histeria² nesse momento da teoria freudiana? Trata-se, mais especificamente, de interrogar a configuração dos sintomas históricos, o que descarta qualquer reflexão acerca da elaboração secundária na/da histeria. Não é possível responder a essa questão com exames clínicos, visto que o paciente não dispõe de recursos para relatar a relação entre a causa e a patologia. É, portanto, nesse contexto que a hipnose aparece como recurso técnico para tentar estabelecer o nexo entre ambas, para superar as resistências à rememoração de situações em que afetos intensos e desagradáveis tenham sido mobilizados. A hipnose, segundo Freud, seria um método clínico que apresentaria resultados valiosos.

Sobre seu fundamento teórico, percebemos que o fator acidental comanda a patologia da histeria em uma medida que excede o admitido, ou seja, percebe-se forte influência de um trauma quando se entende a patologia. A histeria traumática ilustra a relação causal do trauma ao originar a patologia, pois os subseqüentes ataques históricos são da mesma ordem que aquele que originou essa cadeia. No entanto, há também outros sintomas históricos que se manifestam de distintas maneiras e que também se relacionam com algum trauma. Afirma-se, portanto, que o nexo entre um trauma e um sintoma é bastante claro, o que permite vislumbrar uma causalidade do sintoma.

Há uma analogia patogênica entre a neurose traumática e a histeria visto que em ambas se estabelece — como ponto de contato — a etiologia relacionada a um trauma psíquico e o afeto de horror que subjaz a esse trauma. Para vislumbrar as manifestações

2. A discussão presente está no texto *Sobre o mecanismo psíquico de fenômenos históricos: Comunicação preliminar* (1883).

sintomáticas do trauma (o afeto de horror), a vivência deverá ter o mesmo valor de trauma, que assume valor de horror em formas distintas: pode ser um acontecimento grave, vários acontecimentos parciais que agrupados assumem valor de horror ou então circunstâncias insignificantes que, por algum motivo, adquirem um caráter traumático.

Não é o trauma em si o agente provocador da patologia, mas sim sua recordação como um corpo estranho, não elaborado, que pode permanecer intacto no psiquismo durante muitos anos sem se manifestar. Tal afirmativa põe em evidência a prática clínica da hipnose:

“(...) os sintomas histéricos singulares desapareciam em seguida e sem retornar quando se conseguia despertar, com plena luminosidade, a recordação do processo ocasionador, convocando ao mesmo tempo o respectivo afeto, e quando logo o doente descrevia esse processo da maneira mais detalhada possível o expressava em palavras de afeto (Freud, 1893, p. 32).

O ato de recordar o trauma deve vir acompanhado de seu respectivo afeto. Dessa maneira, é possível remover o sintoma, já que ele aparece com intensidade e depois desaparece para sempre.

Tome-se, por exemplo, o famoso exemplo de Anna O.³ e seu sintoma de hidrofobia. Ela deparou-se com a seguinte cena: viu sua governanta oferecendo água a um cachorrinho em um recipiente de que ela gostava muito. Sentiu, nesse momento, um afeto bastante desagradável direcionado a sua governanta e se calou. Essa cena, segundo Freud, mobilizou uma carga afetiva que não pode ser exteriorizada. O afeto desagradável permaneceu no psiquismo ocasionando o sintoma histérico de hidrofobia, ou seja, o pavor de ingerir água.

Foi através da hipnose que se dissolveu esse sintoma, no momento em que a paciente, sob a égide da *sugestionabilidade*, recordou a cena anteriormente descrita. Freud incentivava a paciente a recordar o que ocorrera, de modo a realizar uma rememoração da *cena traumática* com o intuito de resgatar o *afeto desagradável*⁴ que era tido como a *causa* do sintoma histérico. Nota-se, nessa descrição, o modelo clássico de

3. Descrito no texto denominado *Cinco lições de Psicanálise* (1909). No entanto, o referido caso encontra-se publicado com em sua integralidade no já referido *Estudos sobre a histeria* (1893–1895).

4 . Trata-se do conceito de ab-reação, que consiste em resgatar o afeto desagradável ao se configurar, nesse momento, um efeito de catarse.

sintoma, oriundo da medicina, em que se pretendia resgatar a causa do sintoma para eliminar o próprio sintoma. O que se constata aí são as influências do positivismo, cujo passo foi o de transpor a lógica do sintoma médico para o psiquismo, calcado na noção de causalidade. Sabe-se que o surgimento da psicanálise se deu, sobretudo, pela clínica da histeria. No entanto, e como já foi dito, vale também recuperar a produção teórica a respeito da paranóia nesse período, como aporte teórico, mas também como uma primeira discussão clínica — no caso, um modo de como *não* abordar o delírio, como será visto logo adiante.

A experiência clínica obrigou Freud a rever sua afirmativa acerca da validade do método hipnótico. Ele percebeu que os sintomas histéricos retornavam, o que resultou em um questionamento acerca de suas hipóteses sobre a eficácia da hipnose. Nesse sentido, faz-se necessário o reconhecimento do fracasso da hipnose e uma crítica bastante contundente à sugestionabilidade⁵.

Freud (1905) compara o período da hipnose à prática da pintura, de modo a concebê-la como uma tela em branco na qual um pintor, ativamente, lança tintas, cores, para que aí surja uma forma. Na hipnose, acontece o mesmo: o médico ou hipnotizador, na tentativa de auxiliar o paciente a rememorar a cena traumática na qual foi mobilizado o afeto desagradável, incita, sugestiona, infere conteúdos para que a mesma cena se precipite nas falas do paciente. Questão delicada e que exige uma reflexão. De início, como pensar que o hipnotizador saiba algo da cena traumática vivida pelo outro e também como avaliar que tal cena é mais relevante do que outra para a finalidade terapêutica que se propunha? A consequência disso é um desdobramento ético — afinal, quem sabe mais a respeito de si e de sua verdade, é o hipnotizador ou o paciente? —, ponto importante e que fundamenta uma reviravolta no pensamento psicanalítico, uma vez que um *saber prévio a respeito do outro* não é possível de sustentar. Ora, jogar tintas e cores, conforme a metáfora freudiana, reproduz a lógica acima citada, pois é o pintor quem concebe a forma e as cores que se propõe a trabalhar, é ele quem concebe sua arte, que tem como ponto de partida uma tela em branco.

5. O texto *Sobre a psicoterapia* (1905) é capital para a presente reflexão.

Por outro lado, o abandono da hipnose e a descoberta da associação livre⁶ marcam a passagem do momento pré-analítico para a descoberta da regra fundamental da psicanálise, trabalhada por Freud a partir da metáfora da escultura. Freud sugere que a associação livre pode ser comparada a um bloco de mármore em que uma forma já estaria lá, presente, porém recoberta por excessos. Cabe ao analista, nesse novo contexto, retirar esses excessos para que uma forma se decante, forma que já se encontra ali presente. Pode-se supor que a descoberta da associação livre reposiciona o lugar da verdade e do saber na clínica psicanalítica. Não é mais aquele que conduz o processo clínico que possui um saber sobre a verdade do outro, e sim o próprio paciente que é detentor de sua verdade pessoal, singular. Do ponto de vista ético, sustentar a associação livre, do lado do analista, é sustentar um semblante de que se tem um saber sobre aquele que sofre... Mas atenção à palavra semblante, pois semblante de saber sobre verdade do outro não é, em absoluto, a mesma coisa que encarnar um saber sobre o outro.

Do ponto de vista histórico, Quinet⁷ (1999) descreve o encontro de Freud com Emmy Von N. como o momento inaugural da psicanálise, porque essa paciente impedirá Freud de realizar suas costumeiras perguntas e lhe solicita que a deixe falar de sua dor. A descoberta da regra fundamental, a da associação livre, foi tida como o ato inaugural da psicanálise.

Para concluir esse primeiro recorte da obra de Freud, vale tecer um comentário acerca do valor clínico desse impasse superado pelo pai da psicanálise. É curioso como os jovens analistas parecem desconhecer o que foi dito anteriormente. É comum reproduzir a lógica mecanicista de um sintoma, calcado pelo viés médico, em atendimentos psicanalíticos mesmo se não se emprega a hipnose. Em uma supervisão clínica, foi relatada a seguinte passagem: “Eu estava atendendo uma paciente histérica

6. A descoberta fundamental da psicanálise, a associação livre, consiste em sustentar a regra fundamental do processo clínico. Trata-se de explicitar que tudo o que se passa na cabeça é importante, inclusive as “besteiras”, pois nada deve ser censurado. Outro conceito decorrente é o de atenção flutuante, no caso, pertinente para descrever a conduta do analista, que não se apega a um saber prévio ao escutar aquele que lhe dirige a palavra. A título de sugestão, recomendamos a leitura dos artigos sobre a técnica psicanalítica (1911–1913), constantes do volume XII das obras completas de Freud. Vale ressaltar que as sistematizações sobre o par associação livre-atenção flutuante foram apresentadas por Freud de acordo com a clínica das neuroses. No entanto, também na clínica das psicoses se mantém a idéia de que é necessário esperar aquilo que o outro traz e que um analista não se posiciona com um saber prévio sobre o paciente.

7. A. Quinet, *As 4 + 1 condições em análise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

grave que relatara suas manias de perseguição”. Em determinado momento, o jovem analista interrogou o sintoma pela via da causalidade: “Por que você tem mania de perseguição?” Após algum silêncio, a paciente lhe respondeu que se soubesse não estaria ali.

Resposta bastante precisa da parte da paciente, que denuncia uma indicação importante para o modo de interrogar o sintoma. Não se trata de conceber o sintoma, um sofrimento psíquico, do mesmo modo como a medicina concebe um sintoma, atravessando-o pela lógica mecanicista. Perguntar *por que* induz uma causalidade inoperante para o propósito da clínica psicanalítica, já que o propósito maior é oferecer a palavra àquele que sofre com o intuito de que ele fale mais sobre o próprio sofrimento... A pergunta *por que* fecha a cadeia associativa.

2.2. Freud e suas formulações iniciais sobre a teoria e clínica da paranóia

Seria a teoria freudiana das psicoses uma teoria ingênua ou de pouca sustentabilidade teórica? Simanke (1994) aborda essa questão ao comentar o debate em torno das concepções freudianas sobre as psicoses — comumente articuladas às noções psiquiátricas mais tradicionais —, em que se faz presente a premissa de uma ruptura do sujeito psicótico com a realidade. Nesse contexto, perguntamos qual o alcance teórico e clínico da contribuição freudiana para essa clínica. Talvez não seja possível afirmar que, em Freud, haja uma teoria acabada sobre o tema, mas, no entanto, é possível destacar algumas passagens teóricas relevantes para apresentar ao leitor o modo como Lacan sustentou o seu retorno a Freud na questão específica da paranóia.

Qual é a concepção concernente à paranóia no momento em que a prática da hipnose ainda era tida como um método defendido por Freud? Para responder a esta pergunta, trabalharemos, mais especificamente, três textos de Freud — o *Manuscrito H* (1895), *Observações sobre as neuropsicoses de defesa* (1894) e *Novas observações sobre as neuropsicoses de defesa* (1896). Esses textos, apesar de apresentarem formulações

teóricas interessantes sobre a etiologia da paranóia, trazem recortes clínicos que foram apresentados a partir do método hipnótico, método abandonado por Freud, tal como vimos anteriormente.

No *Manuscrito H* (1895), Freud atrela seu argumento à psiquiatria clássica no intuito de formular a idéia de que na paranóia, assim como na neurose obsessiva, há um conflito existente entre uma representação inconciliável e perturbações de ordem afetiva.

“De hecho, esto es así: la paranoia crónica en su forma clásica es *un modo patológico de la defensa, como la histeria, la neurosis obsesiva y la confusión alucinatoria*. Uno se vuelve paranoico por cosas que no tolera, suponiendo que uno pose la predisposición psíquica peculiar para ello” (Freud, 1980, p. 247).

Freud retrata um fragmento clínico: uma moça de 30 anos viveu uma cena em que um homem se deitava com ela em uma cama e colocava a mão da moça sobre seu pênis. Tal cena, que poderia desembocar em outras formas patológicas de defesa, recaí sobre a paranóia. Por quê? Ora, podemos afirmar, nesse momento do ensino freudiano, que a representação dessa cena assume um papel na etiologia da paranóia, no caso, seu conteúdo se conservou intacto e, desse modo, o que outrora era interno passou a ser insinuado como algo proveniente do externo. O juízo recorrente dessa cena se deslocou para o mundo externo, de sorte a criar uma condição nova sobre si mesma. A reprovação sobre a vivência da referida cena passou a não ser mais sustentada por ela mesma, mas sim por aqueles que viviam a sua volta. O ganho aí posto reside no fato de que ela aceitara o juízo próprio sobre sua conduta, ao passo que poderia desautorizar aqueles que a recriminaram. Desse modo, a reprovação vinculada a essa cena era mantida bem distante de seu ego.

“La paranoia tiene, por tanto, el propósito de defenderse de una representación inconciliable para el yo proyectando al mundo exterior el sumario de la causa que la representación misma establece” (Freud, 1980, p. 249)⁸.

Nesse contexto, ao pensar o mecanismo específico da paranóia, afirma-se que o conteúdo e o afeto da representação inconciliável se mantêm intactos ou conservados e são projetados para o mundo externo. As alucinações, que podem variar em forma e conteúdo, são hostis ao ego, mas sustentam sua defesa.

8. Em uma nota de rodapé presente nesse texto, afirma-se que a noção de projeção como tal é apresentada pela primeira vez no conjunto da obra freudiana. Esse importante ponto será retomado na discussão acerca do caso Schreber.

No texto denominado *As neuropsicoses de defesa*⁹ (1894), Freud retoma a questão da etiologia dos mecanismos psíquicos na histeria, neurose obsessiva e paranóia, no intuito de diferenciá-las e de determinar seus respectivos mecanismos psíquicos. Em relação aos dois primeiros, afirma-se que a defesa da representação inconciliável se dá de acordo com a dissociação entre ela (a representação inconciliável) e o afeto, de sorte a haver destinos distintos, o que justamente define uma histeria e uma neurose obsessiva. Enquanto o afeto, na histeria, converte-se em sintomas no corpo, o afeto na neurose obsessiva incidiria sob o pensamento, pela substituição ou deslocamento de certas categorias associativas, ao transformar um pensamento importante em algo banal. Em ambos os casos, dá-se a separação entre a representação inconciliável (sendo que esta última permaneceria na consciência) e o afeto, cujo destino define o tipo de patologia.

No caso da paranóia, e de acordo com o que já foi exposto acerca do *Manuscrito H*, há um terceiro modo de pensar uma modalidade defensiva do ego. Para Freud, trata-se de uma modalidade mais enérgica em que o ego rejeita (*verwerfen*)¹⁰ a representação insuportável junto com o afeto e age como se tal representação nunca tivesse existido.

Aqui Freud lança um novo argumento: o conteúdo de uma psicose alucinatória condiz com o conteúdo da representação intolerável que originou a patologia. Conforme já anunciado, o ego defendeu-se de uma representação inconciliável, mas ela se enlaça de maneira inseparável com um fragmento da realidade objetiva¹¹. A representação inconciliável passa a substituir um fragmento ou mesmo a totalidade da realidade objetiva.

9. Nesse texto, histeria, neurose obsessiva e paranóia são consideradas neuroses de defesa, uma vez que o acento recai sobre a universalidade de um mecanismo psíquico, qual seja, o de se considerar uma defesa do ego diante de uma representação inconciliável e seu respectivo afeto. A defesa do ego em face da representação inconciliável condiz com o ponto nuclear do mecanismo psíquico das referidas neuroses. Vale notar o fato de que não há, nesse momento da obra de Freud, uma distinção estrutural entre neurose e psicose, tal como se verificará mais adiante em sua obra.

10. Conforme Simanke, o emprego do verbo *verwerfen* serve para designar uma forma mais drástica de rejeição do ego diante da representação intolerável. É interessante notar que Freud utiliza esse verbo em outros contextos, tais como a noção de *Verwerfung*, para pensar um modo específico de rejeição da castração, presente no caso do Homem dos Lobos. A noção de *Verwerfung* será amplamente discutida, mais adiante, já que esse termo é eleito por Lacan para pensar o mecanismo específico da psicose, no caso, a forclusão. Vale ressaltar que Freud lança mão dessa palavra em outros contextos mais abrangentes, o que torna seu emprego, em certos casos, difuso e ambíguo.

11. Percebe-se o problema teórico sobre o qual Freud se debruçará mais adiante em sua obra, no caso, a perda da realidade na psicose. Esse tema será retomado mais adiante neste nosso capítulo, quando articularmos a etiologia da psicose com a metapsicologia freudiana.

Já em um texto posterior, denominado *Novas observações das neuropsicoses de defesa* (1896), Freud ressalta a idéia já trabalhada, a de que a paranóia é uma defesa do ego diante de uma representação inconciliável e supõe que outros tipos de psicoses poderiam seguir a mesma lógica. O recorte que aqui fazemos tem como intuito apresentar o modo como Freud empregou o uso da hipnose¹² diante da senhora P., pois desse modo será possível apresentar uma primeira reflexão sobre a teoria da técnica na clínica das psicoses, mais especificamente na clínica da paranóia.

A senhora P., à época com 32 anos casada havia três anos, permaneceu sã e produtiva até seis meses antes de contrair sua enfermidade. Passou a desconfiar dos irmãos e irmãs de seu marido, além de se queixar de seus vizinhos na pequena cidade que habitava. Essas queixas se tornaram mais freqüentes, apesar de permanecerem difusas... Ela dizia que eles tinham algo contra ela, que lhe faltavam com o respeito e que faziam o possível para mortificá-la. Depois de algum tempo, ela passou a afirmar que as pessoas sabiam o que ela pensava, além de saberem o que se passava em sua casa. Ela passou a manifestar condutas de precaução, tais como despir-se para trocar de roupa apenas embaixo de seus lençóis. Cuidava muito mal da própria alimentação e de suas vestimentas, a ponto de, no verão de 1895, ter sido internada em uma estação de águas para tratamento. Ao longo dessa internação surgiram novas alucinações¹³, além de serem reforçadas as outras já existentes. A senhora P. tinha a sensação de que havia uma mão em seus genitais e passou a ter alucinações visuais de nudez femininas e masculinas que a martirizavam. Normalmente, tais alucinações ocorriam diante da presença de alguma mulher, que, para a senhora P., se expunha em uma nudez indecorosa. Simultaneamente a essas alucinações visuais, apareceram vozes que ela não sabia explicar. Ao caminhar pelas ruas, por exemplo, ouvia as pessoas a identificarem e interrogarem sobre o seu destino. Suas ações, seus movimentos eram comentados e assinalados pelos outros...

Freud diagnosticou a senhora P. como uma paranóica crônica, discorreu sobre a etiologia desse caso e também acerca do mecanismo de suas alucinações. Do mesmo

12. Freud descreve a hipnose com algumas curiosidades. Uma delas consiste em exercer uma pressão com sua mão na testa do paciente, para que ele, junto com a sugestão, ele se lembre daquilo que Freud estava solicitando.

13. É curioso notar que Freud tenha utilizado a palavra sintoma ao descrever as alucinações citadas no corpo do texto, no momento em que apresenta o delírio de perseguição de senhora P.

modo que na histeria, havia nessa paciente a presença de pensamentos inconscientes e recordações reprimidas que poderiam ser recuperadas¹⁴. Freud aponta para a idéia de que as representações inconscientes conduziam a senhora P. a uma compulsão à repetição, oriunda de seu inconsciente.

Desse modo, ele constatou que a origem das alucinações visuais — ao menos as imagens da nudez feminina — apareciam com a sensação de pressão sobre seu órgão genital. Essas primeiras imagens surgiram na estação de águas e se repetiram em função de um grande interesse por parte da paciente. Ela sentiu vergonha das outras moças. Nesse momento, Freud notou a compulsão da paciente e inferiu que havia algo de importante a ser explorado nessa cena. Foi quando lhe solicitou que falasse mais sobre a cena de nudez, o que foi acatado, já que ela relatou cenas de sua infância, quando se sentiu envergonhada com a situação de banhar-se nua junto aos irmãos e à mãe. Posteriormente, relatou outra cena, a de que teria se trocado aos 6 anos diante de seu irmão e afirmou que havia um intenso comércio erótico com o irmão, o que resultaria em uma explicação sobre a etiologia de sua paranóia. Desse modo, assim como na histeria e nesse momento da obra de Freud, pode-se inferir que a etiologia da paranóia estaria ligada a uma estimulação precoce da sexualidade, que vinha a causar um impacto traumático no psiquismo infantil. Fala-se aqui, de uma cena traumática de cunho sexual, tal como já foi discutido anteriormente.

Nesse momento do relato do caso, Freud estabelece uma aproximação entre a histeria e a paranóia ao constatar a presença do infantil e da manifestação da sexualidade no que concerne à etiologia de ambas. Desse modo, formula a idéia de que as alucinações eram fragmentos advindos das experiências infantis, “(...) *sintomas do retorno do reprimido*” (Freud, 1980, p. 180).

Freud também se serviu do método da hipnose para tratar das vozes da senhora P. e estabeleceu algumas considerações teóricas complementares ao que já foi exposto. A gênese das vozes condizia com a repressão de pensamentos oriundos da vivência análoga do trauma infantil.

14. Cabe ressaltar que ainda se trata da técnica da hipnose.

“(...) segundo isso, eram sintomas de retorno do reprimido, mas ao mesmo tempo conseqüências de um compromisso entre a resistência do ego e o poder do que retorna, compromisso que nesse caso havia produzido uma desfiguração que levava ao irreconhecível” (Freud, 1980, p. 182).

Ao comparar a etiologia do sintoma na neurose obsessiva com a paranóia, Freud acrescenta que, nesta última, o retorno do reprimido se dá pelo caminho da projeção, visto que o sintoma de desconfiança dos outros significa, na verdade, uma proteção contra o retorno do reprimido quando aparecem as idéias delirantes. Esses pensamentos retornam em voz alta, provocando uma dupla desfiguração: uma censura acarreta a substituição por outros pensamentos associados ou seu encobrimento ocorre por modos mais ou menos precisos de expressão, referidos a vivências recentes, análogos às vivências infantis.

No caso relatado, referente à senhora P., a busca de uma causalidade para se pensar a cura do sintoma (na verdade, alucinações de perseguição e vozes), ao lançar mão da técnica da hipnose, reproduz a mesma lógica diante da tentativa da remoção de um sintoma histérico. Evidentemente, não se trata de remover um sintoma (mesmo na clínica psicanalítica da neurose — o sintoma serve para ser interrogado¹⁵ —, na medida em que se espera a instalação de uma neurose artificial de transferência), mas sim de perguntar qual é o estatuto de uma alucinação ou de um delírio na clínica psicanalítica. Freud, ao transpor a lógica mecanicista do sintoma para a abordagem de uma alucinação, acaba por reproduzir a ética médica de remoção de um sintoma... O que apresentaremos mais adiante, ainda em torno da contribuição de Freud à clínica da paranóia, é a idéia de que um delírio é precioso e merece ser escutado, e não removido. A presente perspectiva será fundamentada no momento em que o caso Schreber for apresentado.

Contudo, antes de recuperar a dimensão ética da psicanálise na escuta do delírio, uma questão se apresenta: vimos, no período pré-analítico, que a paranóia é uma defesa do ego em face de uma representação inconciliável. Vimos também que há um comprometimento do vínculo do sujeito com a realidade, uma vez que a mesma representação inconciliável parece se sobrepor à mesma realidade que se apresentara como insuportável, pelo mecanismo da projeção. Posto isso, como pensar a noção de

15. Para ilustrar o que estamos afirmando, recomendamos a leitura das conferências *O sentido do sintoma* e *Fixação ao trauma, o inconsciente*, conferências de número XVII e XVIII, respectivamente.

perda da realidade na paranóia, agora atrelada à concepção da metapsicologia de Freud? De que tipo de realidade se trata: a de uma cena traumática (aqui cabe retomar a idéia já discutida e descartada da teoria do trauma e da sedução, na qual haveria uma estimulação precoce do sexual no infantil) ou de um momento estruturante da subjetividade?

2.3. Freud, a constituição do sujeito e a paranóia: uma abordagem metapsicológica

Vimos, na teoria do trauma e da sedução, que Freud enfatizou um evento ocorrido na realidade como fundamento para sustentar uma hipótese sobre a etiologia do sintoma histórico e também a etiologia do sintoma paranóico. Ele parecia preocupado com a veracidade dos fatos, e tal preocupação se percebe em seus textos dessa fase pré-analítica, como por exemplo, nos casos clínicos. Esse ponto é importante, pois um dos riscos possíveis é o de reduzir a escuta clínica a dados factuais ou do registro do imaginário, em que um manejo equivocado se faria presente, como se a resolução de uma angústia qualquer por parte do paciente pudesse ser equacionada em uma sugestão do tipo: “Já que seu problema é seu marido, então por que você não conversa com ele? Por que não tenta resolver esse assunto?” Ora, sabemos, desde o ensino de Freud, que uma intervenção analítica não é da ordem do imaginário, no caso, direcionada para os objetos da realidade concreta, mas sim articulada ao inconsciente¹⁶.

A ênfase posta em uma realidade cai por terra quando Freud propõe uma solução importante para a noção de realidade, que passa a ser considerada não mais como uma realidade factual, e sim como realidade psíquica¹⁷. Entendamos por realidade psíquica uma mescla entre conteúdos advindos da experiência concreta e material e também de

16. Esse ponto será mais bem trabalhado no momento em que apresentarmos a idéia de constituição do sujeito em Freud. Apenas a título de ilustração, podemos verificar no relato do caso Dora, de Freud (1905), como ele se preocupava com os conteúdos oferecidos por essa paciente e a veracidade dos mesmos. Por exemplo, Dora lhe relatara que o Senhor K. a procurara no lago, e Freud se viu compelido a confirmar tal afirmativa com o pai de Dora. Ainda lhe pesara, nesse momento, a confirmação de dados da realidade concreta e a decorrente necessidade de considerar o outro da realidade na direção de tratamento.

17. Conceito formulado por Freud e apresentado no capítulo VII do texto denominado *Interpretação dos sonhos*, de 1900.

conteúdos oriundos da fantasia. Importante ressaltar que não se trata mais de se inquietar acerca da veracidade de determinado fato e sua ocorrência em uma realidade, mas sim em considerar que o conteúdo inconsciente emergente em uma associação livre exprime uma verdade singular do sujeito, oriunda da realidade psíquica. Nesse sentido, atribui-se à fantasia inconsciente um caráter patogênico, no qual reside a intensidade de um sintoma. A noção de realidade psíquica incide sobre a hipótese do inconsciente, mais especificamente sobre a articulação entre desejo inconsciente e sua fantasia correlata — ou, dito de outro modo, pode-se afirmar que é na fantasia inconsciente que se articula o desejo inconsciente. A noção de fantasia preocupou Freud em diversos níveis, já que ele elaborou a idéia de fantasia consciente, sonhos diurnos ou devaneios (tal como se apresenta em Anna O. ao empregar a expressão teatro privado), as fantasias prototípicas¹⁸ e a fantasia inconsciente — esta última será mais bem trabalhada daqui a pouco.

Sabemos também que Freud sustentou dicotomias importantes ao longo de sua obra, tais como o biológico e o psíquico e também a questão do interno e externo. Quanto a esta questão, o debate acerca da hipótese exógena e endógena se percebe ao longo de sua obra. Por exemplo, na já discutida teoria do trauma, a ênfase dada à etiologia do sintoma incide sobre uma hipótese exógena, uma vez que um evento ocorrido na realidade mobiliza um afeto desagradável, que é considerado como a causa do sintoma histérico. Posteriormente, em outra discussão vinculada às pulsões parciais da primeira infância, Freud afirma que as pulsões parciais advindas do auto-erotismo infantil¹⁹ — perversas e polimorfas — seriam “domesticadas” por diques herdados filogeneticamente. Percebemos nesse argumento um fundamento endógeno e biológico para sustentar a idéia

18. Somente a título de referência, recomendamos a leitura do texto *Sobre as teorias sexuais infantis*, de 1908, no qual Freud discute a idéia de fantasia pelo viés biológico, no caso, através do conceito de fantasia prototípica. Ele apresenta três fantasias prototípicas: a universalidade do pênis, a fantasia de que o bebê nasce pela cloaca e o caráter sádico do coito. Destacamos aqui a idéia de que essas fantasias são herdadas filogeneticamente. Desse modo, elas brotariam no psiquismo da criança em um momento específico de sua subjetividade. A ênfase recai sobre a palavra brotar, uma vez que se esperaria que tais conteúdos de fantasia despontassem em função da carga genética do homem. É claro que tal hipótese é revista por Freud em outro texto, denominado *Uma criança é espancada*, de 1919, cuja reformulação se encontra ao longo do argumento deste nosso capítulo. Por fim, vale ressaltar a expressão criada por Laplanche, segundo a qual a biologia é o bicho da fruta da psicanálise. Com esse alerta, há que desconfiar do recurso à biologia como argumento teórico, pois sabe-se que Freud, ao longo de sua obra, lançou mão desse argumento ou recurso em diferentes contextos de sua obra.

19. Recomendamos, para essa discussão, a leitura do texto intitulado *Os três ensaios para uma teoria da sexualidade*, de 1905. Recomendamos ainda ler *A sexualidade infantil*, texto inaugural da hipótese freudiana sobre a sexualidade infantil e suas características.

de que as pulsões — oral e anal — submeter-se-iam a uma organização obediente ao primado do genital pelo florescimento dos referidos diques, que canalizariam as manifestações pulsionais desgovernadas para um processo de submissão da sexualidade infantil à cultura. Ao discutir o estatuto da fantasia inconsciente, Freud concilia essas duas hipóteses, a exógena e a endógena, localizando-as entre o mundo subjetivo²⁰ e o mundo objetivo — ponto que será retomado adiante.

Desse modo, para pensar a constituição do sujeito²¹, há que considerar fatores endógenos, tais como a sexualidade infantil — perversa e polimorfa —, uma vez que ela elege no próprio corpo zonas erógenas como objeto de satisfação. Dentre as pulsões parciais da primeira infância, existe a pulsão do saber, no caso, uma pulsão de cunho investigativo em que a criança busca construir para si um mito sobre a própria origem: “De onde vêm os bebês?” Essa questão que a criança formula resulta nas fantasias prototípicas, como respostas a sua indagação e que já foram citadas neste capítulo. O que se deve ressaltar, nesse momento, é o fato de a pulsão do saber ter um papel importante na constituição do sujeito, como veremos logo em seguida, ao mobilizar o interesse da criança em realizar suas investigações infantis.

Outro conceito importante é o de narcisismo primário, que parte da constatação de que existe uma operação psíquica, a constituição do narcisismo primário. Uma primeira distinção que fazemos é a de que a palavra narcisismo é utilizada em um contexto distinto do senso comum, o qual atribui àquele que é narcisista a qualidade do egoísmo, de pensar só em si mesmo. Não é a toa que Freud se refere ao mito de Narciso para ilustrar essa questão, na 26ª Conferência Introdutória denominada *A teoria da libido e o narcisismo* (1916). Quando remetemos ao conceito de narcisismo primário, utilizamos essa idéia

20. Assim, evocamos, mais uma vez, a polaridade existente entre imaginação e realidade (atrelada à percepção), o que indica a fantasia inconsciente e sua satisfação como algo da ordem da ilusão, opondo-se à percepção da realidade. Desse modo, o mundo interior condiz com a satisfação e o prazer, e o mundo exterior condiz com a realidade.

21. O tópico constituição do sujeito em Freud exige um trânsito entre vários textos de sua obra, de modo a se poder sustentar um rol de conceitos e uma decorrente articulação, tal como se apresenta ao longo do presente capítulo. Apenas a título de referência, apresentamos um roteiro ao leitor, para que ele possa percorrer os conceitos citados. São eles: *Os três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, de 1905; *Sobre as teorias sexuais infantis*, de 1908; *Introdução ao narcisismo*, de 1914; *Uma criança é espancada*, de 1919; *A organização genital infantil (uma interpolação na teoria da sexualidade)*, de 1923; *Neurose e psicose*, de 1924; e *Perda da realidade na neurose e na psicose*, de 1924.

para ressaltar a existência de uma etapa constitutiva do sujeito psíquico, uma operação psíquica realizada pela criança.

É interessante notar que Freud reconhece que todos passaram por essa etapa lógica do desenvolvimento infantil, exceto os autistas e esquizofrênicos. No entanto, ele não foi capaz de formalizar, em termos conceituais, o que está em jogo nesse momento lógico da constituição da subjetividade. Freud utiliza exemplos tais como a paixão, a doença e a hipocondria para exemplificar a incidência dessa instância psíquica e afirma que o esperado, ao longo do desenvolvimento da sexualidade infantil, é a consolidação desse ato psíquico. Contudo, Freud não nos oferece uma solução para o problema teórico suscitado, ou seja, ele não explicita o modo como ocorre a constituição do narcisismo primário no referido texto. Por fim, ele afirma que a operação psíquica é equiparável à constituição do ego. Essa etapa do desenvolvimento psíquico permitirá um desdobramento da libido, que outrora era somente auto-erótica e que, em função do advento da consolidação do narcisismo primário, passa também a ser libido de objeto.

Nesse sentido, vale incluir aqui uma referência ao ensino de Lacan, de um texto no qual ele apresenta um complemento a essa teoria do narcisismo primário freudiano, quando cunha a expressão o estágio do espelho. Lacan propõe uma prova empírica acerca da constituição do narcisismo primário ou o estágio do espelho, no momento em que a criança passa a reconhecer e brincar com a própria imagem refletida no espelho, mais ou menos por volta dos 18 meses, e a nomeá-la com seu próprio nome. O ato psíquico condiz com a realização de um contorno corporal, como uma operação psíquica ligada ao registro do imaginário.

A ocorrência dessa operação psíquica depende do modo como se estabelece o vínculo de amor entre a criança e a mãe ou sua substituta no primeiro tempo de Édipo (voltaremos a esse ponto mais adiante, quando formos discutir o tema da constituição do sujeito em Lacan). Lacan é bastante preciso ao estender os tempos do Édipo para além do tempo biológico da criança. O primeiro tempo do Édipo começa antes mesmo de o óvulo ser fecundado pelo espermatozóide, pois se faz necessário verificar qual é o estatuto dessa criança na economia psíquica de sua mãe. Dito de outro modo, é preciso perguntar sobre o lugar que a criança ocupa no desejo da mãe. Para que haja a ocorrência do

narcisismo primário, supõe-se que tanto a mãe (ou sua substituta) quanto a criança constituam uma célula narcísica, uma espécie de amálgama ou, em outros termos, estabeleçam entre si uma relação simbiótica permeada por um vínculo de amor. O modo como se estabelece essa relação é que vai permitir a ocorrência (ou não) do ato psíquico na criança, realizado por ela mesma.

“Basta compreender o estágio do espelho *como uma identificação*, no sentido pleno que a análise atribui a esse termo, ou seja, a transformação produzida no sujeito quando ele assume uma imagem — cuja predestinação para esse efeito de fase é suficientemente indicada pelo uso, na teoria, do antigo termo *imago*” (Lacan, 1998, p. 97).

Lacan introduz, a essa altura da elaboração de seu argumento, a idéia de que o eu se precipita a partir de uma matriz simbólica, que pode ser descrita em termos bastante freudianos, tal como aparece em Freud no texto denominado *Projeto de uma psicologia científica para neurologistas*²². Freud propõe um modelo de aparelho psíquico ao importar o modelo de sistema de neurônios da neurologia. Sem entrar no mérito dessa questão, trabalharemos apenas a idéia de que o bebê traz consigo um acúmulo de tensão interna que desemboca em uma descarga motora, no caso, um grito. Esse grito é interpretado pela mãe ou sua substituta, de modo que ela realiza uma leitura do choro do bebê e se dispõe a realizar uma intervenção (externa) capaz de aliviar o acúmulo de tensão interna do bebê. É nesse sentido que podemos afirmar a existência do registro do simbólico, uma vez que há a nomeação do que ocorre no corpo do bebê via linguagem, no momento mesmo em que se diferencia um choro de cólica de um outro choro, que é fome ou então o desconforto de uma fralda suja, entre outros.

No entanto, e conforme Lacan²³, o registro do simbólico se verifica também pela projeção dos ideais da mãe ou sua substituta sobre o bebê, já que ela projeta seus ideais, os ideais da cultura, sobre esse bebê. “Meu filho será um homem de caráter!” Esse

22. O “Projeto”, como é comumente referido, é um texto de capital importância e altamente recomendável. Ele apresenta uma dificuldade, pois o uso do modelo neurológico pressupõe o uso de conceitos externos à psicanálise. No entanto, nele se encontram bases conceituais importantíssimas para inúmeros conceitos que posteriormente viriam a ser elaborados por Freud. Sugerimos a tradução de Osmyr Faria Gabbi Jr., trabalho preciso acerca do “Projeto”, cujas notas são de grande valia para a compreensão: Osmyr Faria Gabbi Jr.. *Notas a projeto de uma psicologia – As origens utilitaristas da psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2003.

23. Por exemplo, essa idéia está presente no texto *Subversão do sujeito e dialética do desejo*, publicado nos *Escritos*.

investimento de libido, por parte da agente que realiza a função materna²⁴, é o que possibilitará o ato psíquico da constituição do narcisismo primário, visto que o bebê, não por necessidade, mas sim por demanda de amor, irá reconhecer sua imagem refletida no olhar de sua mãe ou substituta diante da transmissão dos ideais da cultura, simbólicos por definição.

Conforme Lacan, é dessa forma que se constitui o eu em sua dupla acepção, seja no sentido de fechar uma *gestalt* — visto que outrora o corpo era despedaçado e desde então passa a assumir uma unidade —, o que leva a assumir um caráter de permanência do eu, seja na própria condição alienante de estruturação do eu, já que ele se constitui a partir do olhar do outro.

Posto isso, voltemos ao argumento freudiano para pensar a constituição do sujeito. Contudo, antes mesmo de sustentar uma articulação dos conceitos necessários para apresentar uma teoria da subjetividade para a psicanálise (e aprofundar a questão da subjetividade na psicose), propomos um salto para apresentar alguns conceitos também imprescindíveis para a posterior articulação que vem sendo proposta.

Com relação à fantasia inconsciente²⁵, Freud articula algumas considerações importantes em relação a seu estatuto teórico e clínico. Inicialmente, ressaltamos o fato de que a fantasia inconsciente implica sentimentos prazerosos e se articula com a masturbação infantil. Nesse sentido, percebemos que a ela se agrega libido e que há, na posição em que a criança ocupa na fantasia inconsciente, uma posição incestuosa articulada ao drama edípico. Aqui se abre uma perspectiva importante para a discussão da constituição do sujeito, uma vez que estão localizados na fantasia edípica os motivos que levam a criança a se constituir a partir da estrutura neurótica — ou, dito de outro modo, descreve-se a etiologia ou os motivos que originaram o recalque. Ora, considerar a posição incestuosa da criança diante de suas figuras parentais é sustentar, também do

24. O termo “função” permite-nos nos descolar do viés biológico, já que não se espera que uma criança dependa da existência de uma mãe ou de um pai biológico para constituir a própria subjetividade.

25. A referência para essa discussão é o texto freudiano denominado *Uma criança é espancada*, de 1919. No entanto, queremos recuperar também o argumento presente em *A interpretação dos sonhos*, em que a fantasia inconsciente traz consigo uma articulação com o desejo inconsciente, no momento em que se discute o sonho como realização de desejo. Tal apontamento é importante, pois em alguns momentos da obra de Freud podemos verificar a idéia de fantasia inconsciente como um devaneio subliminar e, portanto, pré-consciente.

ponto de vista exógeno, suas determinações. Nesse momento da obra freudiana, inclui-se também o lugar que a criança ocupa em face de seus pais biológicos ou substitutos. No texto *Uma criança é espancada* (1919), Freud interessou-se em descrever a estrutura da fantasia, o que desemboca também em uma virada conceitual e ética para o tratamento das neuroses.

Dando continuidade ao que vínhamos afirmando acerca da fantasia inconsciente, é na fase fálica que Freud localiza a organização das pulsões parciais sobre a primazia fálica. A criança elege uma figura parental como objeto de amor e busca almejar a satisfação de uma meta pulsional. Freud aponta que a identificação e a escolha de objeto ocorrem nesse momento — ou seja, no drama edípico — e determinam a vida erótica na fase adulta. Nesse contexto, a primazia fálica está presente tanto na resolução edípica masculina quanto na resolução edípica feminina²⁶ e faz com que a criança se depare com a percepção da diferenciação sexual, no caso, depare-se com a percepção de que a mãe, ou sua substituta, é castrada.

Quando se trata de neurose e tomando como referência o Édipo masculino, esse menino, em suas investigações infantis (impulsionadas pela pulsão do saber), coloca-se diante do fato de que a mãe é castrada e que, portanto, não existe a universalidade do pênis — crença na qual se mantinha inabalável. Ora, tal percepção vai ameaçar sua integridade egóica, uma vez que a ameaça de perda do pênis constitui para ele uma ameaça da desintegração de sua unidade corporal, advinda da constituição do narcisismo primário, trabalhada anteriormente. É nesse momento que aparecem a angústia de castração e o conflito edípico, cuja resolução se dá pela via da estrutura neurótica, quando se elege o recalque para lidar com a angústia de castração oriunda da ameaça de desintegração narcísica.

O ego, segundo Freud, é governado pelo mundo externo de duas maneiras. Há, em primeiro lugar, percepções atuais que são sempre renováveis. Essas percepções atuais estão referenciadas em função do armazenamento de percepções antigas, lembranças

26. A diferenciação entre o Édipo masculino e o feminino não se deu de forma imediata no pensamento freudiano. Para um aprofundamento maior dessa questão, recomendamos a leitura do texto *Algumas conseqüências psíquicas das diferenças anatômicas entre os sexos*, de 1925. Esse texto abre para uma precisão maior da resolução edípica na menina; nele há, inclusive, indicações clínicas preciosas para a clínica da histeria.

anteriores — ou, dito de outro modo, por lembranças ordenadas pelo “mundo interno” que fazem parte do ego. Ora, ao se tratar de neurose, propõe-se que o menino reconheça a percepção da diferenciação sexual (percepção antiga), no momento dessa provação edípica. Reconhecer a percepção da diferença sexual é se submeter a uma lei simbólica²⁷ ordenadora da sexualidade humana. No entanto, fala-se de uma fuga da realidade na neurose na medida em que há o fracasso do recalque, sobretudo quando se refere às percepções atuais. A fuga da realidade na neurose ocorre no momento em que algo da ordem do simbólico não pôde ser simbolizável. Pensar em fuga da realidade é sustentar a hipótese de que há, no psiquismo humano, o atravessamento da fantasia inconsciente no momento em que nos deparamos com a realidade. Dito de outro modo, a fuga da realidade na neurose é reconhecida no momento em que ocorre a ação da fantasia inconsciente, no momento mesmo em que algum objeto da realidade evoca um conteúdo pertencente ao conflito edípico.

Neste ponto, retomamos o estatuto da fantasia inconsciente, a partir da referência presente no texto *Uma criança é espancada*. Dissemos que a fantasia inconsciente se estrutura na vivência edípica, no momento em que as hipóteses endógenas e exógenas confluem para o palco do drama edípico. De um lado, reconhecemos a sexualidade infantil, a pulsão do saber, o narcisismo primário, a primazia fálica e a percepção da diferenciação sexual, no momento em que a percepção da castração na mãe e ou mulher é reconhecida e aceita pelo menino, o que desemboca na eleição do recalque como mecanismo de defesa para a angústia de castração. De outro, reconhecemos também um posicionamento do menino em relação ao que lhe é transmitido em termos de lei simbólica²⁸. Uma questão que ainda não trabalhamos nesta reflexão é o fato de que o

27. Para essa discussão, recomendamos a leitura de *Totem e tabu*, de 1913, obra capital para se pensar a gênese das relações culturais e que propõe uma lei simbólica universal para o ordenamento da sexualidade humana, no caso, a idéia de que as relações de aliança não coincidem com as relações de parentesco. Há, portanto, uma restrição da realização pulsional que permite a existência de um projeto cultural. Em tempo, ali também se discute a idéia de que a lei cultural, no caso, a lei de proibição do incesto, é universal, apesar de variar em distintas culturas. Em nossa cultura ocidental, a proibição incide sobre os pais e os irmãos biológicos. Em outras culturas, há, por exemplo, a proibição de uma menina ter relações sexuais com o irmão da mãe. O que ressaltamos não são tanto as variações de proibições, mas o fato de que toda e qualquer cultura apresenta uma restrição à realização pulsional, fundamento de uma lei simbólica ordenadora da sexualidade humana e de um projeto cultural.

28. No entanto, a conceitualização dessa idéia, a de que há uma transmissão simbólica que orienta o modo como a criança vai se posicionar diante da percepção de que a mãe ou sua substituta é castrada, não é evidente em Freud. Essa discussão é fundamental para o eixo teórico desta tese de doutorado e será mais

menino elege um mecanismo de defesa para lidar com a percepção da diferença sexual conforme a posição que ele ocupa na estrutura edípica diante de suas figuras parentais ou substitutas. É dentro desse contexto que reconhecemos, neste momento, um fundamento exógeno para nosso raciocínio.

Na neurose, articula-se fantasia inconsciente com o desejo²⁹ inconsciente. Nasio (1999) trabalha o modo como o lugar de um objeto real passa a ser um objeto fantasiado, de sorte que o objeto real da relação incestuosa, da pulsão sexual, passa a ser incorporado como uma parte do ego, que desde a segunda tópica também adquire uma porção inconsciente³⁰. Desse modo, a figura parental, ou sua substituta, deixa de ser um objeto real e passa a ser um objeto fantasiado, mesmo que esse objeto tenha uma existência autônoma no mundo. Dessa forma, Nasio conclui que o objeto de amor é um misto de fantasia e de figura parental real (cabe aqui relembrar ao leitor o conceito de realidade psíquica). Desse modo, uma relação amorosa se funda sobre o estatuto da fantasia inconsciente, sede da pulsão, onde se situam o prazer sexual e também o fundamento das relações afetivas em geral, inclusive sua atualização à figura do analista, ou seja, o fundamento que sustenta o amor de transferência³¹. O desejo inconsciente condiz com a realização do desejo incestuoso que, apesar de ser interditado pela lei simbólica, atualiza-se em suas reedições.

Dessa maneira, para encaminhar nossa discussão, falta ressaltar os desdobramentos da descoberta da fantasia inconsciente e seu estatuto na técnica psicanalítica da neurose, mais precisamente acerca da noção de construção em análise³².

Freud sugere esse termo como uma reviravolta na direção de tratamento da neurose. O conflito edípico deixa de ser interpretado para ser reconstruído, respeitando a materialidade psíquica daquela singularidade, conforme o que foi exposto acerca da

bem desenvolvido pelo ponto de vista de Jacques Lacan, mais adiante, visto que a problemática da função paterna — como agente de transmissão da lei cultural — foi amplamente desenvolvida por ele. Aliás, a questão do Nome-do-Pai serve como ponto de ancoragem para a hipótese central deste trabalho, visto que o Nome-do-Pai assume um estatuto central na subjetivação, de modo a vir orientar, também, a direção do tratamento das psicoses.

29. Tal articulação se localiza no texto de Nasio, denominado *O prazer de ler Freud*, de 1999.

30. Discussão presente no texto *O ego e o id*, de Freud, de 1923. Nesse texto há uma reformulação sobre o aparelho psíquico que inaugura a denominada segunda tópica.

31. Discussão presente no texto *Sobre o amor de transferência*, de Freud (1912).

32. Recomendamos a leitura do texto *Construções em análise*, de 1938.

noção de realidade psíquica — no caso, a reconstrução de conteúdos reais e fantasísticos do sujeito condizente com seu mito edípico infantil. Freud faz uma ressalva acerca da dificuldade em realizar tal construção, ao destacar o papel da construção e seu ideal em uma análise, ou seja, uma rememoração do conflito edípico e a remoção de sua amnésia infantil.

O fundamento dessa reviravolta do método analítico se localiza no já citado texto *Uma criança é espancada*, no momento em que Freud apresenta uma lógica interna presente na fantasia inconsciente, mesmo quando se reconhece a dificuldade de rememorar certos conteúdos da mesma.

Desse modo, a questão é abordada em uma dupla vertente. A primeira consiste em um manejo da transferência em que um analista oferece subsídios para auxiliar o paciente a realizar suas construções em análise, no caso, reconstituir suas “impressões”³³ sobre sua vivência edípica. De outro lado, apontamos para o fato de que é o próprio paciente que constrói, rememora, realiza esse trabalho de arqueologia sobre si mesmo, no sentido de reconstituir o que se imprimiu no inconsciente. Nota-se aí um duplo sentido da palavra “impressão”: seja no sentido das marcas que tais conteúdos inscreveram no psiquismo, seja no sentido daquilo que se percebe como conteúdos oriundos de sua realidade psíquica.

Aqui reside um fundamento ético importante para a clínica psicanalítica das neuroses. É ela que nos mostra o quão difícil é sustentar essa direção de tratamento, no caso, manejar a transferência do paciente em direção a uma construção de uma posição no drama edípico, diante de sua fantasia fundamental e, evidentemente, diante daquilo que lhe causa desejo. A dupla vertente descrita acima exige um cálculo, uma direção necessária ou uma responsabilidade assumida por um psicanalista no momento em que ele permite a um candidato a análise deitar-se no seu divã. Desse modo, entendemos que o percurso de uma análise incide sobre esse caminho, que é da responsabilidade de um analista indicar. No entanto, e pelo fato de que a rememoração ocorre pela via do paciente, é o paciente que vai avançar em sua análise no momento em que o trabalho

33. Vale ater-nos ao equívoco significativo da palavra impressão, que se dá desde as marcas impressas pelas vivências infantis, advindas do Édipo, e também do modo como tais impressões atuam no psiquismo, seguindo o estatuto da realidade psíquica.

arqueológico sobre si mesmo progride. Ponto delicado, que exige da parte de um analista uma atenção redobrada para não interferir nas elaborações que estão sendo feitas a partir da fantasia inconsciente. É fato que um analista não interpreta uma fantasia inconsciente com suas construções decorrentes. O fundamento ético se sustenta nessa questão, já que a delicadeza desse manejo incide sobre um ponto já discutido nesta tese, no caso, a idéia de que é o próprio paciente que vai se deparar com suas marcas edípicas e se reposicionar diante dessas mesmas marcas.

E como fica a problemática da paranóia? Vimos que a criança, sob a égide da força pulsional proveniente da sexualidade infantil, dotada de seu narcisismo primário, diante de suas investigações infantis, depara-se com a percepção da castração da mãe. No caso da paranóia, Freud considerará o fato de que a criança rejeita a percepção da diferenciação sexual, no caso, a percepção da castração da mãe ou de sua substituta. O comprometimento ou perda da realidade ocorre em função de uma perturbação do ego e de seu vínculo com a realidade³⁴.

De acordo com o que já expusemos acerca do fundamento em que a patologia incide sobre as percepções antigas ou percepções atuais³⁵, no caso da paranóia, reconhecemos o fato de que as percepções antigas foram deturpadas. A rejeição da castração da mulher no momento em que a criança realiza suas investigações infantis (percepção antiga) determina o modo com se assentarão as percepções futuras ou atuais. É nesse sentido que Freud compara a neurose com a psicose, visto que na primeira há uma *fuga* da realidade — apesar de que a percepção antiga, a da castração da mulher, foi reconhecida —, ao passo que na psicose há uma *reconstrução* da realidade. Dito de outra forma, o que se coloca na psicose é o fato de que há, desde o momento edípico, uma fase ativa de reconstrução da realidade, ao desembocar em uma remodelação do mundo e de seu vínculo com a realidade. Freud conclui seu texto afirmando que, tanto na neurose como na psicose, há uma substituição da realidade, mesmo considerando o fato de que elas se estruturam, enquanto patologias, de modos distintos.

34. Aliás, essa é a hipótese central presente no texto *Perda da realidade na neurose e psicose*, de Freud (1925), naquilo que concerne especificamente à questão específica da paranóia.

35. É no texto *Perda da realidade na neurose e na psicose*, de 1925, que Freud sustentará a hipótese de que, na psicose, a criança rejeita a percepção da castração na mulher, a partir do que foi exposto acima sobre o fato de a patologia se inscrever sobre percepções antigas ou atuais.

Mesmo assim, uma questão segue suspensa: como fundamentar a direção de tratamento psicanalítico na paranóia? Ora, sabemos que Freud se debruçou sobre a clínica das neuroses e que transpôs a lógica do tratamento das neuroses para as psicoses, o que resultou em impasses clínicos importantes, visto que a posição subjetiva do psicótico em relação ao registro do simbólico não é a mesma que a do neurótico. Apesar de ele também nos ter oferecido contribuições originais e importantes acerca da etiologia da psicose, faltou a Freud precisar, do ponto de vista da teoria do método clínico, questões relativas ao manejo da transferência no tratamento das psicoses.

Ainda assim, resta pontuar a indicação clínica presente nas formulações teóricas acerca da paranóia, no caso, uma posição ética de suma importância para essa clínica. Para tal, a contribuição do caso Schreber é imprescindível, tal como exporemos em seguida.

2.4. Freud e o caso Schreber: uma concepção ética da psicanálise diante da escuta do delírio

Daniel Paul Schreber... Sem dúvida alguma, o mais ilustre caso da bibliografia psiquiátrica e psicanalítica sobre a paranóia³⁶. Carone, em seu prefácio a *Memórias de um doente dos nervos*, destaca as palavras do próprio autor, pois ele referenciou sua obra, publicada em 1903, como uma das “obras mais interessantes que já foram escritas desde que o mundo existe” (Schreber, 1995, p. 306). Ele estava certo de que suas memórias serviriam como uma valiosa contribuição para as pesquisas científicas futuras³⁷. Como bem apontou Carone, se Schreber não conquistou a glória que tanto almejou no campo das ciências jurídicas, foi como paciente psiquiátrico que se tornou referência ainda viva

36. A tradução de Marilene Carone é primorosa pois essa tradutora realizou a empreitada de traduzir, direto da língua alemã, na íntegra, as *Memórias de um doente dos nervos*, escritas pelo Schreber.

37. Evidentemente, Freud foi o grande responsável pelo “sucesso” de Schreber, no momento em que publica uma análise importante sobre seu delírio no texto *Um caso de paranóia descrito autobiograficamente*, publicado em 1911. Desse modo, o nome de Schreber está, indissociavelmente, ligado ao de Freud.

para a psiquiatria e para a psicanálise. Carone destaca um comentário de Lacan³⁸ sobre a escrita de Schreber, dizendo que se tratava de um texto primoroso de iniciação à fenomenologia da psicose. Lacan se referia ao fato de que a força das memórias de Schreber, bem como a apropriação de Freud da mesma, se mantém viva em função da pobreza ligada à psiquiatria clássica, bem como em função da própria astúcia de Schreber, dado que, segundo suas próprias palavras, ele chegou a “intuições sobre as sensações e os processos de pensamento humano que muitos psicólogos poderiam invejar” (Schreber, 1995, p.140).

Schreber (1842-1911) vem de uma família de protestantes burgueses, dotados de cultura e posses materiais. Desde o século XVIII, eles aspiravam à celebridade através da produção intelectual. Além de outros descendentes da família, destaca-se o pai de Schreber, Daniel Gottlieb Moritz Schreber (1806-1861), eminente médico ortopedista e pedagogo, autor de inúmeros livros sobre ginástica, higiene e educação para crianças. O pai de Schreber era representante de uma doutrina rígida e implacável, de cunho bastante moralista, que preconizava um controle completo de todas as facetas da vida. Ele idealizou, a título de ilustração, aparelhos ortopédicos em ferro e em couro que pudessem garantir a postura ereta da criança. Preconizava, ainda, a idéia de que a retidão do espírito é consequência de um aprendizado precoce de contenção emocional e, evidentemente, levantava a bandeira de que todas as manifestações da sexualidade deveriam ser suprimidas. O pai de Schreber orgulhava-se de ter aplicado seus métodos corretivos e pedagógicos em seus filhos e sempre se vangloriou de que o resultado obtido, no que se referia à educação deles, foi primoroso. Daniel Paul Schreber, que se tornou uma lenda viva, enquanto paciente psiquiátrico, teve quatro irmãos, sendo que o mais velho, Daniel Gustav (1839-1877) suicidou-se aos 38 anos.

Sabe-se pouco sobre sua infância, a não ser o fato de que ele se submetera com docilidade ao despotismo do pai. Aluno aplicado, nos anos de juventude, pouco se interessou pela religião e devotou-se ao estudo das ciências naturais. Segundo Carone, suas *memórias* o revelam como um homem culto, conhecedor de diversas línguas,

38. Presente no texto De uma questão preliminar ao todo tratamento possível das psicoses, publicado em 1966 no Escritos.

inclusive o grego e o latim, além das ciências naturais, história, literatura clássica, música (era pianista) e ainda possuía conhecimentos jurídicos, que eram sua especialidade.

Sua carreira como jurista seguia o roteiro esperado. Funcionário do ministério da Justiça do Reino da Saxônia, obteve sucessivas promoções, a ponto de ser nomeado vice-presidente do Tribunal Regional de Chemnitz, no ano de 1884. Sua ambição parecia ser grande, pois nesse mesmo ano concorreu à eleição parlamentar pelo Partido Nacional Liberal. Contudo, sofreu uma grande derrota e recebeu, aos 42 anos, uma exposição na mídia que se opunha às suas próprias ambições de se tornar uma figura pública, visto que fora criado sob o “culto orgulhoso dos méritos dos antepassados e fora testemunha de celebridade do pai, esse artigo trazia impressa, como um insulto, a face pública de seu anonimato” (Carone, 1995, p. 12).

No dia 8 de dezembro de 1884, mais ou menos 45 dias após a derrota supracitada, Schreber teve sua primeira internação, ocorrida na clínica de doenças nervosas da Universidade de Leipzig, coordenada pelo Prof. Paul Emil Flechsig. Era sua primeira internação, provocada por uma crise de hipocondria (que não era o primeiro episódio). Ele acreditava ter perdido mais de 15 quilos, sendo que os laudos médicos acusavam um aumento de dois quilos. Havia também a presença de idéias delirantes, além de terem ocorrido duas tentativas de suicídio. Schreber acreditava que os médicos o tinham enganado a respeito de seu peso, além de suspeitar que sua esposa houvesse desaparecido. Essa internação durou seis meses e, depois de receber alta, Schreber realizou uma longa viagem de convalescença com sua esposa, que também teve a duração de seis meses.

Em janeiro de 1886, ele assumiu suas atividades como juiz-presidente do Tribunal Regional de Leipzig, cidade para a qual fora transferido durante sua internação. Passou um período de estabilidade emocional e classificou esses anos como anos felizes e plenos de honrarias exteriores, conforme suas próprias palavras. Contudo, também se comenta que sua única infelicidade foram as inúmeras tentativas frustradas de ter um filho. Hoje se sabe que sua esposa teve seis abortos naturais.

Em junho de 1893, Schreber recebeu a visita do Ministro da Justiça da Saxônia, que lhe trazia a notícia de que seria nomeado juiz-presidente da Corte de Apelação da cidade

de Dresden. Posto de suma importância e, de certo modo, obtido muito precocemente. A nomeação fora determinada pelo rei e não poderia ser recusada, pois uma recusa representaria um delito de lesa-majestade. Essa convocação representou o topo de sua carreira, no qual ele foi obrigado a lidar, como se se tratasse de um desafio, com subordinados mais velhos e experientes do que ele. Honrado com a nomeação, logo se viu perturbado diante de tamanha responsabilidade e, no intervalo entre a nomeação e a posse no cargo, teve um sonho e um devaneio: sonhou que sua doença dos nervos voltara e devaneou que poderia ser bom tornar-se uma mulher no ato sexual³⁹. Tal circunstância levou Schreber a entrar em colapso mental, a ponto de recorrer, mais uma vez, ao Prof. Flechsig, médico pelo qual sentia enorme gratidão, em função da primeira internação. Foi internado⁴⁰ em novembro de 1893 e só veio a ter alta depois de nove anos. Seu diagnóstico foi de *dementia paranoides*. No decorrer dessa longa internação, Schreber se debruçou sobre o projeto de escrever as memórias de um doente dos nervos, ao mesmo tempo em que travou uma longa disputa judicial contra a própria interdição e em busca da posterior retomada de seus direitos de administrar, de forma autônoma, seus bens.

Apesar de ter tido alta no ano de 1900, permaneceu, por vontade própria, mais dois anos no sanatório, pois queria ter mais tempo para preparar, de forma cautelosa, seu reingresso na sociedade.

Em 1903, Schreber publicou suas memórias — não na integralidade, visto que um capítulo, referente à sua família, foi supresso sem que restasse qualquer rastro dele —, ao mesmo tempo em que adota uma filha de 13 anos com quem terá um relacionamento afável e terno, posicionando-se como um bom pai. Tem um novo período de estabilidade emocional, que perdurará até 1907, quando teve o seu terceiro período de crise.

Não se sabe bem ao certo o que desencadeou esse terceiro episódio de internação. De um lado, tem-se como referência a morte de sua mãe, aos 92 anos. Esse fato o obrigou a lidar, com relativa competência, com questões de inventário, porque ele foi convocado a opinar e a conferir legitimidade aos herdeiros. De outro, ocorreu também um

39. Tal ponto será mais bem desenvolvido mais adiante.

40. Na verdade, Schreber permaneceu seis meses em Leipzig, posteriormente permaneceu quinze dias no sanatório de Lindenhof — lugar por ele próprio denominado como “cozinha do diabo” e finalmente permaneceu por mais de oito anos no sanatório de Sonnenstein.

agravamento da doença de sua esposa. Ao vê-la acometida por uma crise de afasia por quatro dias, em decorrência de um derrame cerebral, Schreber sofreu uma recaída: retornaram suas crises de insônia e angústia, além do retorno das vozes. Os biógrafos de Schreber eram unânimes em afirmar que o evento desencadeante dessa última crise fora a doença da esposa. Não obstante, mais recentemente, surgiu a hipótese de que a responsabilidade de lidar com o inventário da mãe, por ser o único filho homem sobrevivente, talvez lhe tenha imposto dificuldades de ordem subjetiva que o incapacitaram a lidar com essa incumbência.

Bom, o fato é que Schreber passou os quatro últimos anos de sua vida internado, com um estado de saúde agravado. Ele não se alimentava: em seu delírio afirmava, por exemplo, que não tinha estômago. Em 1909, seu estado de saúde se agravou bastante, a ponto de ele permanecer constantemente de cama, até que em 1911 sofreu uma crise de angina e faleceu no dia 14 de abril com sintomas de dispnéia e insuficiência cardíaca.

A ênfase dada por Freud ao caso Schreber remonta ao período de sua segunda internação, pois, como foi dito anteriormente, foi nessa fase de sua vida que se empreendeu a escrita de suas *memórias*. Nesse episódio, é importante destacar o fato de que Schreber foi nomeado para assumir o cargo de presidente do Superior Tribunal, evento que foi classificado como o desencadeador da segunda crise.

Concomitantemente a essa nomeação, Schreber teve um sonho bastante marcante: sonhou que poderia ser bastante encantador tornar-se uma mulher e estar submetido ao ato sexual. Logo depois desse sonho, ele começou a insultar aqueles que o rodeavam, ao julgar que eles o estavam perseguindo. Em seguida, ele passou para um delírio de grandeza, durante o qual acreditava estar se relacionando com Deus. Seu delírio se constituiu, nessa segunda crise, em duas etapas. A primeira consistia em tornar-se uma mulher, não como um ato de vontade própria, mas sim por uma espécie de obrigação/um “tem de ser assim”... E a segunda etapa consistia em redimir o mundo ao ser uma mulher que deveria se submeter ao coito com Deus. Ele acreditava que nervos femininos atravessam seu corpo e que, através deles, por fecundação direta de Deus, povoaria o

mundo de pessoas purificadas e, desse modo, causaria a redenção. Só depois poderia morrer, de morte natural e com um sentimento de voluptuosidade.

Freud ressalta que nesse delírio há dois pontos importantes, apresentados na ordem que se segue: de início, veio o delírio de emasculação e, posteriormente, o delírio de grandeza. A representação da emasculação foi muito custosa para Schreber, o que, segundo Freud, foi o germe da produção delirante que, por consequência, originou o desencadeamento da crise. Outro aspecto destacado por Freud é a representação de que Deus é constituído por nervos. Desse modo, é possível afirmar que sua união com Deus se dá por uma espécie de continuidade de seus próprios nervos, como se fosse possível formar um trançado de nervos, o que consolidaria a possibilidade de se relacionar sexualmente com Deus. Por fim, Schreber, sempre de acordo com Freud, durante sua crise adotou uma posição feminina diante de Deus. Tal posição permitiu a ele aliar as duas produções delirantes, a fantasia de emasculação e seu vínculo privilegiado com Deus.

Outro aspecto ressaltado por Freud é o papel do Dr. Flechsig no sistema delirante de Schreber. Freud, em sua tentativa de interpretar o ocorrido com Schreber, indagou-se por que Dr. Flechsig teria assumido um papel tão perturbador no sistema delirante de Schreber. Ora, cabe lembrar quão importante foi o Dr. Flechsig na cura da primeira crise. Para Freud, o que estava em jogo naquele momento era um acúmulo de libido homossexual dirigido ao médico, que era responsável inclusive pela continuidade da produção delirante do paciente.

Esse ponto é capital, pois nele se encontra a hipótese freudiana acerca da etiologia⁴¹ da paranóia, que será mais bem trabalhada logo adiante. Para Freud, a etiologia da paranóia, que também pode ser atribuída a Schreber, tem relação com uma posição homossexual feminina (passiva). No caso de Schreber, ele teve como primeiro objeto o Dr. Flechsig. Diante disso, posicionou-se como absolutamente resistente a essa

41. Evidentemente, a hipótese teórica acerca da etiologia da paranóia nesse texto, mais precisamente a respeito da permanência de um tempo maior durante a constituição do narcisismo primário, bem como a idéia de que o delírio é um desdobramento ou consequência de uma pulsão homossexual, não condizem com as formulações ulteriores de Freud sobre a etiologia da mesma. O eixo central que interessa para a argumentação teórica da subjetividade na paranóia condiz com o que foi exposto no item anterior, a respeito da constituição do sujeito em Freud.

representação e, em função do próprio conflito psíquico, optou por criar um sistema delirante. Segundo Freud, a substituição do objeto Dr. Flechsig por Deus significou uma intensificação do conflito: já que para ele era impossível ser a mulher do médico, passou a se considerar a mulher de Deus. O Dr. Flechsig e Deus foram postos em uma mesma série, e isso proporcionou a Schreber conteúdos importantes para a formação do delírio.

Antes de entrar nas formulações teóricas sobre o mecanismo psíquico da paranóia sustentado por Freud nesse momento de sua obra, vale ressaltar um último aspecto da interpretação freudiana sobre Schreber. Para fundamentar o conflito psíquico outrora citado, Freud fundamentou a construção da fantasia de desejo feminino na noção de frustração, uma privação da vida real e objetiva. Trata-se, no caso, da impossibilidade de Schreber ter tido filhos em seu casamento. Sobretudo filhos homens, que poderiam tê-lo consolado da perda de seu pai e de seu irmão. Freud relaciona a questão da frustração com o próprio delírio de Schreber, ao retomar a idéia de que ele, ao tornar-se uma mulher, poderia povoar o mundo de homens dotados de seu mesmo espírito.

Com relação às hipóteses teóricas de Freud acerca da paranóia, percebemos uma tentativa de formulação dos mecanismos gerais que constituem sua etiologia. Freud sustentou a idéia de que a paranóia é uma defesa em face da posição homossexual feminina. Desse modo, o centro do conflito patogênico é a defesa diante do desejo homossexual, na medida em que o paciente fracassa em dominar tal posição inconsciente. Freud acreditava que a hipótese acima condizia com inúmeros relatos de casos de paranóia e compartilhou essa posição com o então discípulo Carl G. Jung, além do eterno colaborador, Ferenczi.

Para pensar a questão da homossexualidade na paranóia, Freud se voltou para a sexualidade infantil, mais precisamente para uma etapa constitutiva do desenvolvimento infantil, a do narcisismo primário. Vale ressaltar que o texto *Introdução ao narcisismo* (1914) ainda não fora publicado. No entanto, Freud lança mão desse conceito para fundamentar sua hipótese acerca do mecanismo de formação da paranóia.

Mas, de acordo com o texto de Freud sobre Schreber, a hipótese de a paranóia ser uma defesa diante da homossexualidade passa justamente pela questão do narcisismo primário. Segundo Freud, para eleger um objeto de amor, é necessário tomar a si mesmo

como objeto, antes de eleger outra pessoa para tal. Essa fase de eleição de si mesmo como objeto é intermediária e transitória. Freud aponta que algumas pessoas demoram mais tempo para superar essa fase, o que gera conseqüências no desenvolvimento da personalidade. Uma delas é a da eleição da heterossexualidade pela via da eleição homossexual de objeto. Outra conseqüência, que, aliás, é deveras discutível, é a hipótese de que a homossexualidade ocorre em função da permanência de um tempo maior nessa fase (a do narcisismo primário), que implica a exigência em manter os mesmos genitais como objeto de satisfação. Tal visão implicaria uma idéia (também bastante discutível) de que a homossexualidade é uma busca de um duplo narcísico, o que permitiria então supor que o sintoma homossexualidade seria da ordem da perversão. Por fim, ressalta-se que a eleição do objeto heterossexual ocorre a partir do gradual abandono das aspirações homossexuais, que não se cancelam, mas são apenas forçadas a se separarem da meta sexual, ao se constituírem em pulsões sociais de amizade/trabalho/camaradagem.

Freud comenta que é na sexualidade infantil que se oferece a possibilidade de fixação em uma de suas etapas. Aí se constitui a condição patogênica ou sua predisposição. Assim, conforme Freud:

“(...) Puesto que en nuestros análisis hallamos que los paranoicos *procuran defenderse de una sexualización así de sus investiduras pulsionales sociales*, nos vemos levados a suponer que el punto débil de su desarrollo há de buscarse en el tramo entre autoerotismo, narcisismo y homosexualidad, y allí se situará su predisposición patológica (...)” (Freud, 1911, p. 58).

Freud marca o núcleo central do conflito da paranóia. No caso do homem, trata-se da fantasia de desejo homossexual, amar outro homem (ele ainda ressalta que se vale dessa premissa ao menos para certos tipos de paranóia). Vejamos o trato lingüístico que Freud oferece, para pensar o delírio de perseguição e a erotomania na paranóia.

O paranóico diz: “Eu (um homem) o amo (outro homem)”. Esta frase é contraditória, já que no delírio de perseguição o que se coloca é, em alto e bom som, a idéia de que: “Eu não o amo — pois eu o odeio”. Esta frase, que se explicita no delírio de perseguição, é um desdobramento da contradição acima citada. É claro que o inconsciente só poderia tratar o amor homossexual na paranóia dessa maneira. Nesse contexto, Freud formula a hipótese de que o mecanismo de formação do sintoma na paranóia depende de uma percepção interna (“eu o odeio”) que, por projeção, é

substituída pela percepção de que ele me odeia, persegue-me, o que justificaria a condição de o paranóico odiar os objetos.

Outro ponto bem trabalhado por Freud é o da erotomania. A frase: “Eu não o amo, pois eu a amo” pode ser explicada pelo mesmo mecanismo de projeção, o que implicaria uma segunda formulação: “Eu noto que ela me ama”, ou então: “Eu não o amo, eu a amo, porque ela me ama”. Freud aponta que a erotomania pode ser considerada como uma fixação heterossexual exagerada, advinda não de uma percepção interna de amar, mas como uma percepção externa de ser amado, que vem de fora.

Posta a formação do sintoma através dos dois exemplos supracitados, vale retomar a noção de projeção, capital para o entendimento teórico do que vem sendo aqui trabalhado. Para Freud, o conceito de projeção se dá a partir do sufocamento de uma percepção interna, que, ao ser deformada, leva o paranóico a experimentá-la como vinda de fora. No delírio de perseguição, há uma mudança de afeto, pois o que era para ser sentido como um amor interno passa a ser reconhecido como um ódio externo. Freud tece dois comentários sobre o problema. O primeiro deles é o de que o papel da projeção é variável, dentro mesmo das formas de paranóia. O segundo é o que o mecanismo da projeção pode ocorrer não somente na paranóia, mas também em outras constelações da vida anímica, inclusive na vida cotidiana. (Ora, muitas vezes não somos capazes de buscar em nós mesmos as causas de certas sensações, o que acaba resultando em justificá-las como um fenômeno vindo do exterior.)

No que concerne à formação do mecanismo da paranóia, Freud parte de uma argumentação que também está presente no mecanismo de formação do sintoma neurótico. Evidentemente, ele ressalta o caráter de vínculo entre a formação do sintoma com a história do desenvolvimento da libido, ao descrever três fases:

A primeira delas consiste na fixação, condição necessária para a repressão. A fixação ocorre no momento em que um componente pulsional sofre algum tipo de alteração em seu desenvolvimento, permanecendo ainda em um estágio infantil. Sua corrente libidinal permanece no inconsciente, reprimida, e é isso que permite afirmar a existência de uma predisposição futura para o adoecimento psíquico.

A segunda etapa da formação do sintoma condiz com a noção de conflito psíquico. Trata-se de um processo ativo do ego, em que a repressão faz sucumbir os retornos psíquicos das fixações oriundas de suas respectivas pulsões. Há um momento em que o conflito psíquico se configura, uma vez que as antigas aspirações se tornam repugnantes para o ego.

Por fim, a terceira fase tem relação com o retorno do reprimido, já que a repressão fracassa. O retorno do reprimido está intimamente ligado à etapa mesma em que se produziram as fixações e tem como consequência uma regressão da libido a essa referida fase.

Freud assinala que é importante estar atento a outras possibilidades de mecanismos de repressão, o que possivelmente pode ser encontrado na paranóia. Segue abaixo a citação em que Freud formula tal hipótese. Optamos por apresentá-la na íntegra, pois aí reside a hipótese freudiana sobre a etiologia da psicose. Esse ponto será amplamente retomado no momento em que discutirmos a concepção de sujeito psicótico em Jacques Lacan.

“(…) Acordémonos ahora de que ya hemos tratado sobre la fijación, hemos propuesto la formación del síntoma, y limitémonos a este problema: si del análisis del caso Schreber se obtiene alguna referencia al mecanismo de la represión (propriadamente dicha) que prevalece en la paranoia” (Freud, 1912, p. 63).

Freud descreve o sintoma sepultamento do mundo, tal como aparece em Schreber. Aponta para o fato de que o sepultamento do mundo tem como objetivo extrair as pessoas de seu entorno, uma vez que ele reflete justamente a catástrofe do mundo interior, pela via do mecanismo da projeção.

Freud afirma que a reconstrução do mundo pelo paranóico é uma tentativa de tornar o seu entorno menos aterrorizante. E ele faz isso recorrendo ao delírio. Aqui é importante fazer um comentário. Freud afirma que o paranóico produz o delírio, que pode ser considerado por muitos como uma produção patológica. No entanto, Freud faz questão de assinalar que a produção delirante é, na verdade, uma tentativa de restabelecimento, de reconstrução do entorno. Esse aspecto é fundamental porque condiz com a ética da psicanálise em relação ao delírio.

O desligamento do mundo está de acordo com o seguinte processo: de início, ocorre um desligamento dos objetos do mundo, objetos que outrora foram amados. Tal movimento ocorre sem ruído algum. O que de fato se torna ruidoso é o processo de retomada das pessoas em seu entorno, como o faz o paranóico, ao utilizar-se do mecanismo da projeção, quando retorna pela via do externo o que foi silenciosamente cancelado pela vida interior do indivíduo.

No entanto, Freud aponta para o fato de que o desligamento da libido dos objetos amados não é exclusividade da paranóia. Desse modo, cabe a pergunta: O que é que se caracteriza como algo patológico, exclusivo da paranóia? O que ocorre com a libido?

Constatamos o fato de que a libido, que antes era investida em objetos, agora permanece flutuante, já que sua aderência a esses mesmos objetos foi cancelada. Seu destino então passa a ser o retorno ao próprio ego. Fala-se, portanto, da megalomania que, na paranóia, é bastante usual de encontrar. A libido retorna ao estágio do narcisismo primário, aquele em que o ego era o único objeto sexual. Freud assinala que os paranóicos, em função desse quadro clínico, têm a libido fixada no narcisismo primário e que a homossexualidade sublimada vinculada ao narcisismo aponta para a regressão específica da paranóia.

Por fim, cabe retomar o texto *Construções em análise*, de Freud (1938), pois nele também há um comentário interessante sobre o delírio na paranóia, também entendido como uma construção. Freud propõe uma analogia entre as construções em análise do neurótico, tal como foi trabalhado anteriormente, desde a noção de fantasia inconsciente (cf. *Uma criança é espancada*) até sua articulação com a idéia de realidade psíquica. Ora, na paranóia, o delírio pode ser considerado como uma construção e, sob determinadas condições da psicose, substitui — conforme já dito — um fragmento de uma realidade objetiva de sua pré-história (a rejeição da castração na mulher), por outra realidade menos insuportável. Outro aspecto importante é a questão de Freud acerca das relações entre a etiologia do delírio e o drama edípico. Como determinar os vínculos íntimos entre o delírio e o que ocorreu no Édipo, em termos de estruturação da subjetividade?

Voltamos à questão já discutida do delírio como tentativa de cura, o que permitiu a Lacan orientar uma primeira posição diante do tratamento possível das psicoses, no caso,

a idéia da construção de uma metáfora delirante. Esse ponto é de capital importância, pois vai justamente ao encontro da questão formulada por Freud ao fim de sua vida. É nesse sentido que Lacan trabalha a questão da função do pai na psicanálise — mais precisamente no drama edípico —, o que lhe permitirá uma formulação teórica compatível com sua indicação clínica, bem como uma concepção de manejo da transferência na paranóia.

Capítulo 3

APONTAMENTOS SOBRE O PAI NA PSICANÁLISE

um avanço teórico e uma indicação clínica para o tratamento possível das psicoses

“Seria um erro acreditarmos que o mito freudiano do Édipo acaba, quanto a esse respeito, com a teologia. Pois não basta agitar o fantoche da rivalidade sexual. E mais conviria ler nele o que, em suas coordenadas, Freud impõe à nossa reflexão, pois elas retornam à pergunta de onde ele mesmo partiu: que é um Pai? — É o Pai morto — responde Freud mas ninguém o escuta, e, quanto ao que Lacan retoma disso sob a rubrica do Nome-do-Pai¹, é lamentável que uma situação pouco científica continue a deixá-lo privado de seu público normal”² (Lacan, [1960], 1998, p. 827).

O eixo teórico pertinente para esta tese de doutorado é a problemática do pai e sua função na psicanálise. Nesse contexto, sua análise e seu lugar na teoria e clínica psicanalíticas são de capital importância para precisar — no sentido mesmo da exatidão e também da necessidade — avanços teóricos e suas decorrências clínicas, também inscritas no campo de tratamento da paranóia. O retorno a Freud, naquilo que concerne ao refinamento teórico acerca do modo como Lacan esmiúça a estruturação da subjetividade — das escolhas do sujeito do inconsciente diante da angústia da castração — condiz com a vivência edipiana. Desse modo, o complexo de Édipo foi revisitado a partir da noção de

1. A notação Nome-do-Pai, com a letra maiúscula nas palavras “nome” e “pai”, articuladas com hífen, segundo Porge (1998), compõe as três palavras em um conjunto que indica uma unidade entre nome e pai, ao assemelhar-se a um nome próprio. Não se fala do nome próprio do pai, apesar de ele estar presente, mas sim da função do “nome próprio ao pai como nome, nomeado e também nomeante, e o nome do conjunto dos nomes do pai” (Porge, 1998, p. 9).

2. Citação extraída do texto *Subversão do sujeito e dialética do desejo*, texto de Lacan publicado em 1960.

função³ materna e função paterna — a última articulada a seu posicionamento teórico, clínico e também político⁴ diante da psicanálise.

Lacan se inscreve no campo psicanalítico ao sustentar uma posição de enfrentamento diante das leituras dos pós-freudianos, sejam os da vertente norte-americana, sejam os psicanalistas da escola inglesa. Há inúmeras referências em diversos textos e seminários lacanianos em que se travam debates, no sentido mesmo de marcar uma retomada da posição ética da psicanálise, a do sujeito do inconsciente, além de circunscrever o dilema do pai nessa mesma questão. A interrogação do pai⁵ e sua localização no cerne da experiência analítica como ponto de obscuridade para a psicanálise, nos idos dos anos 1950, apontam para a direção por onde se pretende avançar.

Ainda com Porge⁶, o termo Nome-do-Pai foi emprestado da religião cristã, o que então denuncia um paralelo entre o Nome-do-Pai e o Nome de Deus, a ponto de desembocar em uma possível grafia “Deus-o-Pai”. Deus assume um lugar comparável ao Nome-do-Pai, na medida mesma em que Lacan se detém, com frequência, na passagem bíblica relacionada a Moisés. Moisés interroga Deus acerca de seu nome e obtém como resposta “eu sou o que sou”. Aí reside o mistério de um nome, em que a articulação do

3. O termo função, cunhado por Lacan, descola uma tendência biologizante de atribuir ao Édipo a exigência da presença de uma mãe e de um pai biológicos para a estruturação da subjetividade. Não é necessária a presença de ambos para que o Édipo ocorra, por isso o uso do termo função. Por exemplo, um bebê que tenha vivido em alguma instituição pode estruturar-se subjetivamente pois a instituição exerceu essas duas funções.

4. Roudinesco, na biografia de Jacques Lacan — *Esboço de uma vida, história de um sistema de pensamento* —, descreve com grande fineza questões atreladas ao pensamento teórico de Lacan sobre o pai e suas relações com a sua vida pessoal e também institucional. Ela descreve o modo como Lacan reagiu à morte de seu pai, aos 87 anos, no ano de 1960. Durante o seu seminário, ele não aludiu à morte do pai, assim como quase não chegou a tempo de assistir a seu funeral, mas derramou-se em lágrimas quando ocorreu a morte de seu amigo Merleau-Ponty. Do ponto de vista político, a referência feita por Lacan na epígrafe desse capítulo condiz com a excomunhão de Lacan da IPA, excomunhão ocorrida no ano de 1963, mas que se anunciara anos antes, em função da celeuma criada por Ernest Jones e outros sobre a “desobediência” de Lacan aos procedimentos técnicos adotados pela IPA acerca do tempo cronológico de uma sessão analítica, bem como a frequência de uma análise didata. Os seminários de Lacan eram repletos de seus seguidores — analisantes e supervisionandos —, o que causou bastante desconforto em seus opositores. Os dogmas técnicos ipeístas serviram como argumento para a caça a Jacques Lacan, o que culminou com sua excomunhão (termo utilizado pelo próprio Lacan para designar sua saída da IPA) no momento em que iria proferir o seminário dedicado aos nomes do pai, no ano de 1963. Sua saída foi anunciar o referido seminário e, posteriormente, cancelá-lo após sua primeira aula.

5. Seminário 4, cujo título é *A Relação de objeto*.

6. As reflexões aqui presentes, referentes à contribuição de Erik Porge, estão presentes em seu livro *Os nomes do pai em Jacques Lacan — pontuações e problemáticas*, de 1998.

sujeito ao Nome-do-Pai se cruza exatamente nisso: nenhum sujeito diz: “Eu o sou, pai”, mas responde tal como Deus o fez com Moisés, no caso, não atribuindo a si mesmo nenhuma substancialidade acerca do que é um pai ou, dito de outro modo, simplesmente não respondendo. É o nome próprio que permite (ou não) uma nomeação possível para o sujeito, no sentido mesmo da idéia de que o sujeito é o que se nomeia.

“O uso pelo sujeito, antes que ele se nomeie, do seu nome para ser o significante do que há para significar divide o sujeito, de acordo com um procedimento literal de cálculo que Lacan nos propõe a partir de uma cifração do *cogito* por meio do *um* do traço unário, da diferença absoluta, (...)” (Porge, 1998, p. 16).

Porge avança em seu argumento ao apontar o fato de que o nome próprio, incluindo aí o prenome, divide o sujeito, já que ele, ao agarrar-se a sua própria identidade, encontra uma determinação que lhe é exterior.

“O nome e o prenome que o identificam lhe vêm de seus pais e a tomada da sua identificação, por este meio, confronta-o com o desejo do Outro” (Porge, 1998, p.16).

Não é a toa que a escolha do prenome é feita com esmero, mesmo que haja aí uma série de ambigüidades. Fala-se aqui de uma determinação simbólica — também referente à identificação com o traço unário —, cujo teor será mais bem apresentado adiante, quando formos trabalhar o primeiro tempo do Édipo. No momento, vale retomar a idéia apresentada na epígrafe deste capítulo, a de que o mito de Édipo, em Freud, acabaria com a teologia.

Freud se serviu do Édipo e da psicanálise para situar Deus como uma figura posterior ao assassinato do pai da horda primeva, colocando-o em um lugar nostálgico, como um substituto do pai morto. Lacan importa a figura de Deus da religião para avançar em suas teorizações acerca do Édipo. O Nome-do-Pai aproxima-se mais de Deus do que do pai da horda primeva, na medida em que se denuncia aí uma dessexualização do pai, na medida em que se articula a idéia do pai com sua função sublimatória.

“É a esta figura, secundária no tempo em Freud, que Lacan outorga prioridade e primazia operatórias na psicanálise. Por este deslocamento em relação a Freud, Lacan liga a noção de pai à civilização, mais que à religião propriamente dita” (Porge, 1998, p. 27).

Desse modo, o Nome-do-Pai se inscreve, ao menos nesse momento do ensino de Lacan, a partir de uma dupla via, qual seja: de um lado pensar a questão do Nome-do-Pai por meio de sua função simbólica e, de outro, problematizar o pai desde o ternário do pai

simbólico, do pai imaginário e do pai real. Há uma pulsação entre essas duas vias, a primeira mais presente nos Seminários 3 e 5, denominados *As psicoses* e *As formações do inconsciente*, respectivamente, e a segunda via bastante trabalhada no Seminário 4, cujo título é *A relação de objeto*.

O eixo de questões apresentadas por Porge confluem para a possibilidade de se articularem essas duas vias presentes na função paterna: a do Nome-do-Pai e sua proeminência no registro do simbólico e a tríade do pai simbólico, pai imaginário e pai real. O caminho sustentado por ele é verificar, por exemplo, se o Nome-do-Pai se refere tão-somente à tríade supracitada ou então se se resume ao registro do simbólico, bem como à articulação entre os nomes do pai e o “Nome-do-Pai” — esta última questão será retomada e discutida posteriormente, no momento em que apresentarmos a questão do sinthoma e sua relação com Joyce.

Ainda em referência a essa dupla via, notemos, por exemplo, que suas duas possibilidades surgiram quase que concomitantemente. Enquanto Lacan referia-se ao Nome-do-Pai como um suporte da função simbólica, identificando a pessoa do pai à figura da lei, presente no texto *Discurso de Roma*, proferido em 1953, ele mesmo anuncia o ternário *simbólico, imaginário e real* em uma conferência homônima proferida em 8 de julho de 1954 e publicada postumamente.

No que concerne às reflexões teóricas apresentadas no presente trabalho, optamos por verificar o estatuto do Nome-do-Pai desde os Seminários *As psicoses* e *As formações do inconsciente* e sua formalização presente no texto *De uma questão preliminar a todo tratamento possível das psicoses*, texto elaborado entre dezembro de 1957 e janeiro de 1958 e publicado nos *Escritos*. Desse modo, apresentaremos um recorte teórico de Lacan sobre os três tempos do Édipo, situando neles o papel da função materna e da função paterna na estruturação da subjetividade na paranóia e na neurose como um contraponto. Esperamos recuperar contribuições freudianas e, ao mesmo tempo, avançar em questões teóricas importantes para sustentar, posteriormente, indicações clínicas para o tratamento possível das psicoses.

3.1. Os três tempos do Édipo em Lacan

A releitura do Édipo de Freud realizada por Lacan inclui elementos da lingüística de Saussure. Lacan, ao sustentar o retorno a Freud, propõe ler as estruturas clínicas como fenômenos de linguagem. Assim o faz, por exemplo, em *Instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud*, de 1957, ao articular os mecanismos de defesa dos sonhos — condensação e deslocamento —, descritos por Freud. Lacan descreve a condensação por meio da metáfora e o deslocamento como metonímia. Essas figuras de linguagem estão vinculadas à neurose. Ao pensar a psicose, Lacan propõe o neologismo — a invenção de novas palavras ou a atribuição de sentidos inusitados às palavras já conhecidas — como fenômeno de linguagem específico da psicose.

O passo dado por Lacan foi o de retomar o algoritmo lingüístico de Saussure e modificá-lo, de modo a poder incorporá-lo em seu sistema teórico. Saussure⁸, lingüista preocupado em descrever as leis gerais que regem o funcionamento da linguagem, propôs como unidade mínima s/S, a relação entre significado e significante, respectivamente. O significado se refere ao conceito propriamente dito. O conceito referente à palavra mesa leva a pensar algo parecido, por exemplo, como um objeto com uma superfície capaz de oferecer apoio para outros objetos. Não se pensa em uma substância líquida e inodora ou tampouco em uma fruta com casca amarela comumente encontrada em países tropicais. A materialidade dos fonemas encadeados em uma seqüência específica permite ouvir uma palavra que assume, em seu sentido mais amplo, um conceito. Já o significante, a imagem acústica, traz a idéia de um sentido particular que o conceito assume para o ser falante. Mesa: não se trata somente de um objeto capaz de dar sustentação a outros objetos, mas sim do sentido particular que o objeto mesa assume para uma subjetividade qualquer... “A mesa da fazenda de minha avó sempre tinha um bolo de fubá que me faz lembrar o

8. F. de Saussure (1995). *Curso de lingüística geral* 17ª ed. São Paulo: Cultrix. Esse livro foi escrito por seus discípulos, alunos que realizaram anotações em suas aulas.

gosto da minha infância”. O significante é a expressão de um sentido particular que o conceito assume para alguém.

Lacan propõe subverter a relação entre significado e significante ao afirmar que, na realidade, o que existe é a primazia do significante sobre o significado. Essa inversão é importante e permitiu a Lacan teorizar os tempos do Édipo pela via do significante. Essa passagem será mais bem tratada ao longo da discussão do Édipo em Lacan, mais precisamente no primeiro tempo do Édipo.

Freud localiza o Édipo, no tempo cronológico, por volta dos 5 ou 6 anos, ao descrever o modo como a criança reconhece ou rejeita a percepção da diferenciação sexual, no caso, a percepção da castração da mãe ou sua substituta. Lacan, em relação ao tempo cronológico, anuncia que o Édipo começa antes mesmo de o óvulo ser fecundado pelo espermatozóide, uma vez que é necessário verificar qual é o estatuto do bebê diante do desejo da mãe. O tempo cronológico é bastante anterior... Mas tratar da questão da constituição da subjetividade implica considerar que suas etapas não são cronológicas. O que interessa é verificar o modo como o sujeito psíquico se configura, a partir de substituições de significantes, atos psíquicos e seus desdobramentos a partir de uma leitura que rompa com critérios desenvolvimentistas. O tempo cronológico pouco importa, pois o que se prioriza é o tempo de estruturação do inconsciente. Daí considerarmos que os tempos do Édipo, apesar de a palavra tempo sugerir uma cronologia, deverem ser pensados como etapas *lógicas* de constituição do sujeito psíquico.

Vale também fazer outro comentário: consideramos que os tempos do Édipo são constituídos por personagens e também por algo que circula, o falo. A mãe, o pai e a criança constituem os personagens da estrutura edípica, mas os dois primeiros devem ser entendidos como função, visto que não se considera o fato de que é necessária a existência de uma mãe e de um pai biológicos para propiciar a constituição da subjetividade — trata-se de função materna e função paterna. Já o falo é algo que circula entre os personagens da estrutura, de sorte a ocupar estatutos distintos de acordo com os tempos do Édipo e também em função dos personagens em questão.

O falo se diferencia do pênis. Freud⁹ (1923) já alertara para o fato de que o pênis, entendido como o órgão genital masculino, distingue-se do falo, que assume um estatuto, não de genitalidade, mas sim de primazia fálica — articulada ao complexo de castração. Tanto para os meninos como para as meninas, o que está em jogo na constituição da subjetividade é o primado do falo e seus desdobramentos, relacionados ao narcisismo primário e à percepção da castração na mulher. Vale lembrar que a palavra “falo” assume um sentido mais simbólico, cujo valor de atratividade se nota, tal como seu culto na Grécia antiga, no momento em que objetos similares ao pênis em ereção representavam virilidade e potência. A criança, na fase fálica, toma para si esse atributo de atratividade ao sustentar uma posição de protagonista na realização da fantasia edípica. Para Lacan¹⁰ (1958), o falo assume um estatuto de significante do desejo, que pode ser visto como falo imaginário e falo simbólico, o que lhe permitirá retomar a visão freudiana da primazia fálica a partir da dialética ser ou não ser o falo, ter ou não ter o falo.

Mais um comentário ainda, antes de nos aprofundar nos tempos do Édipo: a estruturação da subjetividade ocorre em uma gama de possibilidades, tais como as novas configurações familiares — os casais homossexuais que adotam bebês e que cumprem as funções materna e paterna — ou mesmo em situações institucionais, como no caso dos bebês em orfanatos ou em instituições afins. Essa ressalva é importante para que não se recaia em uma leitura ingênua de que as funções estariam condicionadas à presença de uma mãe ou um pai concretos. As funções materna e paterna podem ser desempenhadas por qualquer agente. Rosa (2001) trabalha essa questão ao problematizar a função paterna em nossa contemporaneidade. Contudo, a título de uma transmissão mais didática, toma-se como referência uma situação concreta em que existem uma mãe, um pai e um bebê do sexo masculino. Serão apresentadas duas vias de estruturação do sujeito do inconsciente, a neurótica — em seu âmbito mais geral, sem considerar as diferenças dos tipos clínicos da neurose obsessiva, histeria ou fobia — e a paranóica¹¹.

9. *A organização genital infantil, uma interpolação da teoria da sexualidade*, de 1923.

10. *A significação do falo*, presente nos *Escritos*.

11. Aqui também se faz uma ressalva, pois a estrutura psicótica abarca alguns tipos clínicos, tais como a esquizofrenia, o autismo e a melancolia. Em função de o eixo teórico desta tese de doutorado se centrar na questão específica da paranóia, optamos por deixar de lado as decorrências teóricas da constituição da subjetividade desses outros tipos clínicos presentes na estrutura psicótica.

3.1.1. O primeiro tempo do Édipo na neurose

O primeiro tempo do Édipo¹² é constituído por dois personagens — a mãe e o bebê — e o falo. Nesse primeiro tempo, a criança é identificada como o falo simbólico da mãe, desde a equivalência simbólica bebê=falo, descrita por Freud¹³ (1925) como uma saída edipiana possível para a menina. A mãe situa o bebê no lugar de objeto de seu desejo e, submetida a uma lei simbólica, inscreve a criança à linguagem, ao nomear¹⁴ o que ocorre em seu corpo. A mãe é onipotente é absoluta em relação a seus próprios caprichos, pois somente ela é capaz de satisfazer — ou não — as necessidades do bebê. Daí a importância de considerar o estatuto ou o lugar que o filho ocupa diante do desejo da mãe.

Já o bebê se identifica como o falo da mãe. Ao ser expelido do corpo materno, o bebê deixa de viver na condição intra-uterina em que era alimentado pelo fluxo sanguíneo e pelo tecido placentário e se depara com uma nova condição — a de reclamar a satisfação de suas necessidades. Freud (1895)¹⁵, descreve a primeira mamada do bebê como uma experiência mítica de satisfação. Nessa nova condição, o bebê chora por um alimento. Quando a mãe lhe oferece o seio, o leite escorre pelo aparelho digestivo e sacia as necessidades fisiológicas. Por outro lado, do ponto de vista do bebê, a essa experiência mítica de satisfação das necessidades fisiológicas acresce-se ou se inaugura uma demanda de amor. O bebê passa a crer que ele está no mundo para completar o outro

12. Reflexão extraída do *Seminário 5 — As formações do inconsciente*, de Jacques Lacan (1957-1958).

13. Questão presente no texto *Algumas conseqüências psíquicas das diferenças anatômicas entre os sexos*, de 1925.

14. Freud (1895), no texto *O projeto de uma psicologia científica para neurologistas*, descreve muito bem a situação em que a criança é submetida aos caprichos do outro. Ao referir-se à vivência de satisfação, Freud descreve o mecanismo pelo qual a mãe intervém no corpo do bebê ao nomear o que ocorre nesse mesmo corpo. O bebê apresenta um acúmulo de tensão interna que gera uma descarga motora, o grito. O acúmulo de tensão interna é amainado em função da intervenção externa. O sentido do grito é interpretado pela mãe de sorte a nomear e inscrever no corpo do bebê o significante. Compreende-se aí por qual motivo Lacan subverte o algoritmo lingüístico de Saussure, visto que a imagem acústica, corporal, desponta inicialmente no corpo do bebê para depois ser revestida de um significado, vindo do outro, porta-voz das determinações simbólicas.

15. Mais uma vez a referência é o texto *O projeto de uma psicologia científica para neurologistas*, de 1895.

materno. Provém desse momento mítico a identificação do bebê com o falo imaginário da mãe.

Lacan descreve o lugar em que a mãe coloca o bebê em seu desejo, por exemplo, no Grafo do desejo¹⁶, ao sugerir a letra maiúscula I (A)¹⁷ para pensar o Ideal do eu e sua função na constituição da subjetividade. Há aí uma sutileza que merece ser destacada. Eidelsztein (2005) aponta a distinção do Ideal do eu entre Freud e Lacan e sugere o termo Ideal do Outro¹⁸ para pensar o que foi dito logo acima acerca da inscrição da criança na linguagem. Para se inscrever no processo de simbolização e, portanto, submeter-se à linguagem, a criança requer ocupar um lugar de investimento de libido dessa mãe, que passa pela transmissão dos ideais maternos ao bebê: “Meu filho, quando crescer, será um homem de caráter!” Evidentemente, o conteúdo da frase pouco importa. O que importa é o olhar atravessado pelo amor materno. Uma mãe pode ter para si outros ideais da cultura que cumpram a mesma função. O que importa aqui é que uma identificação simbólica possibilita, como já foi dito, uma inscrição da criança no registro do simbólico. Há, porém, um preço a ser pago, uma vez que a criança, ao se submeter ao registro do simbólico, aliena-se na linguagem, pois ela é o discurso do Outro.

Há também a identificação imaginária. Freud¹⁹ (1914) sustenta a hipótese de que existe uma operação psíquica denominada narcisismo primário, que é relida por Lacan como estágio do espelho. De forma bem resumida, esse ato psíquico, ou a constituição do eu, também depende da presença de um olhar materno investido de amor para que a criança o realize. Trata-se da construção de um contorno do corpo do bebê, que outrora era despedaçado e que passa a ter uma imagem unificada. Essa unidade imaginária vem do semelhante quando a criança reconhece sua imagem refletida no olhar do outro. Há

16. O grafo do desejo é uma formalização importante para pensar a clínica da neurose. Não é intenção deste trabalho aprofundá-lo. Vamos simplesmente descrever algumas passagens para ilustrar a questão do lugar da criança diante do desejo da mãe. Ver Seminário 5, *As formações do inconsciente* e também o texto *Subversão do sujeito e dialética do desejo*, de 1960.

17. No texto *De uma questão preliminar a todo tratamento possível das psicoses* (1957-1958), Lacan também articula o I (A) no esquema R como o Ideal do Outro, tal como aparece na argumentação acerca do grafo do desejo.

18. Outro, com letra maiúscula, refere-se ao registro do simbólico ou então ao tesouro dos significantes. De forma bem sintética, o registro do simbólico condiz com um sistema de representações calcado na linguagem, mediante signos e significações possíveis que determinam o sujeito do inconsciente e a faculdade de simbolização. Já a palavra outro, com letra minúscula, está articulada ao semelhante, a qualquer pessoa.

19. *Introdução ao narcisismo*, de 1914.

uma equivalência entre a constituição do eu — narcisismo primário ou estágio do espelho — e a instância psíquica denominada eu ideal. O eu ideal aparece como uma imagem de perfeição narcísica, de modo que o eu assume uma valoração máxima, condizente com a crença do bebê de que ele é aquilo que completa a mãe.

Desse modo, mãe e bebê constituem uma unidade, uma célula narcísica em que ambos parecem ser bastar. Enquanto a mãe simboliza o bebê como falo, falo simbólico, o bebê é o falo imaginário. Não há, nesse primeiro tempo do Édipo, qualquer possibilidade de entrada de um terceiro que venha romper essa unidade. É aí que se verifica a questão do pai e a entrada no segundo tempo do Édipo. Como introduzir o pai como um terceiro nessa relação simbiótica? É o ponto que a verificar a seguir...

3.1.2. O segundo tempo do Édipo na neurose

O segundo tempo do Édipo é marcado pela entrada do pai como personagem nessa estrutura edipiana, além da mãe, do bebê e do falo. Há o processo de simbolização da mãe, de modo a possibilitar uma mediação entre ela e o bebê, mediação que ocorre em função de uma interdição de um terceiro, o pai, cuja função é romper a célula narcísica entre a mãe e o bebê.

Nesse segundo tempo do Édipo, o pai assume uma posição de déspota, ao ditar a lei. No entanto, sua presença se efetiva se houver uma entrada possível para ele, se a mãe assim o consentir. O pai assume a posição fálica. Ele é o falo, ele é a lei, é ele quem dita a norma que incide sobre a subjetividade da mãe e do bebê. Do ponto de vista da mãe, o chamado do pai visa deslocar o desejo da mãe para alguma outra coisa que não seja o seu filho. “Mãe, tu não reintegrarás o teu produto!” Há um deslocamento do olhar da mãe que é percebido pela criança, de modo que a criança se reconhece em um lugar de hiância — o deslocamento do olhar da mãe para outro objeto o confronta com a questão de que ela,

a criança, não é mais o falo imaginário da mãe²⁰, ou, dito de outro modo, de que ela — a criança — não ocupa o lugar imaginário de completude de sua mãe.

É nesse sentido que se fala da instância paterna como metáfora. O Nome-do-Pai é o pai enquanto função simbólica, cuja entrada metaforiza o lugar de ausência da mãe. A função significante do Nome-do-Pai se inscreve no Outro, que era até então absoluto e inteiramente ocupado pela mãe. O Outro materno deixa de ser absoluto e possibilita a inserção da criança no registro do simbólico. A intervenção do Nome-do-Pai no Outro instaura a lei — não mais vista como onipotente e absoluta —, mas admitida ao registro do simbólico.

É a castração simbólica. A criança, na sua posição fálica, deixa de ocupar esse lugar — o de objeto imaginário para o desejo da mãe — ao se tornar o significante do desejo do Outro. É aí que o Outro se torna castrado, assumindo um estatuto de inconsciente barrado ao sujeito. A castração do Outro permite a inserção da criança na ordem simbólica da cultura e também sua admissão à linguagem, momento descrito por Freud como recalque originário.

É nesse ponto que Lacan articula a leitura freudiana²¹ da constituição da subjetividade pela via da percepção da castração da mulher. A criança, ao se deparar com esta percepção, pode reconhecê-la, desde que haja a transmissão de uma lei simbólica que sustente essa criança a suportar a provação edípica, no momento em que ela reconhece e admite a partilha dos sexos (pois, evidentemente, estamos falando aqui da estruturação da neurose).

Lacan afirma que a inscrição da criança na ordem simbólica efetiva-se em função da articulação entre a castração e o Édipo. Por meio da metáfora paterna e de sua submissão à lei simbólica, a criança abandona a posição de falo imaginário ao significar o falo em sua função significante. É essa passagem que Lacan (1958) trabalha no texto *A*

20. Aqui incide uma operação importante em relação ao esvaziamento de gozo da criança, Se outrora havia um gozo absoluto, no momento em que incide a metáfora paterna, ocorre uma perda de gozo, não sua totalidade, já que persiste um gozo localizado vinculado ao objeto *a*.

21. Cf. o capítulo anterior e a articulação entre sexualidade infantil e constituição do sujeito, sobretudo quando Freud descreve o momento em que se definem a neurose e a psicose em função da aceitação ou da rejeição da percepção da castração, momento trabalhado no texto *A perda da realidade na neurose e na psicose*, de 1925.

significação do falo, ao descrever a passagem do falo imaginário ao falo simbólico. O significante fálico permitirá ao sujeito neurótico realizar significações aos seus significantes. Por fim, o sujeito abandona a dialética de ser ou não ser o falo, em função da falta-a-ser, para a dialética de ter ou não ter o falo.

3.1.4. O terceiro tempo do Édipo na neurose

Esse é o momento em que ocorre o declínio do complexo de Édipo. A lei deixa de ser encarnada na figura do pai, pois ele também se sujeita à lei simbólica, exterior a si mesmo. O pai não é mais a lei, é também o seu representante. O falo circula entre os personagens da estrutura edipiana. O pai do segundo tempo era restritivo, ao passo que o pai do terceiro tempo é possibilitador.

A criança que atravessou a provação edipiana internaliza a lei cultural, de sorte a concretizar a lógica interna aos pactos edípico e cultural. Conforme Pelegrino (1983), a lógica dos pactos condiz com a idéia de acordo entre duas partes. A criança abre mão de realizar seus desejos incestuosos e, em contrapartida, recebe um lugar simbólico na cultura: herda um sobrenome e um lugar em seu clã de parentesco ou se inscreve em um lastro familiar.

A lei de proibição do incesto é sustentada, de modo a oferecer uma possibilidade de realização sexual, não mais com um objeto do mesmo clã familiar, mas sim com objetos de outro clã, conforme a formulação freudiana a respeito da origem da cultura, presente em Freud (1913) na obra *Totem e tabu*. Evidentemente, a volúpia da sexualidade não eclodirá logo após o período do declínio do complexo de Édipo. Há que se concordar com Freud e sua idéia acerca do período de latência, em que as determinações das vivências edipianas infantis adormecem até o período da puberdade. É após a maturação biológica do corpo, com a plena possibilidade de exercício da sexualidade, que as identificações impressas no drama edipiano retornam e determinam, desde essas mesmas vivências infantis, as condutas sexuais do púbere.

Por fim, Lacan²² (1957-1958) vai trabalhar a idéia do pai como metáfora. O algoritmo de Saussure foi invertido por Lacan, que sustentou a premissa de que se trata, na verdade, da primazia do significante sobre o significado. Ora, para que o S/s se constitua, a função paterna precisa operar, no sentido mesmo da substituição do significante desejo da mãe para o significante que representa a existência da lei simbólica, o significante Nome-do-Pai, capaz de oferecer amarração entre o significante e o significado a partir do *point de capiton*²³ ou ponto de basta.

3.2. O esquema R, sua formalização dos três tempos do Édipo e a topologia atrelada ao campo da realidade: o corte na direção do tratamento das neuroses

Sabe-se que o esquema R é uma estratégia de formalização dos três tempos do Édipo e suas consequências vinculadas à experiência analítica. Lacan o utiliza como um artifício de sua transmissão, presente no texto *De uma questão...*, além de introduzir nesse esquema uma nota de rodapé, cujo conteúdo condiz com o uso da topologia para pensar a relação do sujeito neurótico com a realidade e os decorrentes operadores conceituais para a fundamentação da clínica psicanalítica. Desse modo, vale problematizar algumas passagens da referida nota de rodapé, no intuito de revisitar alguns pressupostos freudianos e lacanianos já trabalhados anteriormente, além de introduzir a noção de corte e suas implicações na clínica das neuroses, já que a idéia de corte na experiência clínica será importante para fundamentar a transferência no AT, a realização da cena e seus paradoxos, tal como será visto na parte final desta tese de doutorado.

22. Seminário 5, *As formações do inconsciente* (1957-1958).

23. O *point de capiton* é utilizado na manufatura de estofados, por exemplo, o encosto de uma poltrona, onde a junção do revestimento é amarrada por um botão.

Esquema R (Lacan²⁴ [1957-1958], p. 559)

“Assim é que, considerando os vértices do triângulo simbólico — I, como ideal do eu, M, como o significante do objeto primordial, e P, como a posição em A do Nome-do-Pai —, podemos apreender como o aprisionamento homológico da significação do sujeito S sob o significante do falo pode repercutir na sustentação do campo da realidade, delimitado pelo quadrilátero *MimI*. Os outros dois vértices, *i* e *m*, representam os dois termos imaginários da relação narcísica, ou seja o eu e a imagem especular” (Lacan, 1957-1958, p. 559).

Segue-se a nota de rodapé em sua totalidade:

“É interessante localizar nesse esquema R o objeto *a*, para esclarecer o que ele traz para o campo da realidade (campo que o barra).

Qualquer que tenha sido a insistência que desde então empenhamos para desenvolvê-lo — enunciando que esse campo só funciona ao se obturar pela tela da fantasia —, isso ainda exige muita atenção.

Talvez haja interesse em reconhecer que, então enigmático, mas perfeitamente legível para quem conhece a seqüência, como é o caso quando se pretende apoiar-se nele, o que o esquema R expõe é um plano projetivo.

Em especial, os pontos em que não foi por acaso (nem por brincadeira) que escolhemos as letras pelas quais eles se correspondem, *m* M, *i* I, e que são aqueles

com que se enquadra o único corte válido nesse esquema (ou seja, o corte $\overrightarrow{mi, M\bar{I}}$), indicam bastante bem que esse corte isola no campo uma banda de Moebius.

Basta dizer isso, já que, a partir daí, esse campo será apenas o lugar-tenente da fantasia ao qual esse corte fornece toda a estrutura.

Queremos dizer que somente o corte revela a estrutura da superfície inteira, por poder destacar nela os dois elementos heterogêneos que são (marcados em nosso algoritmo ($\$ \diamond a$) da fantasia) o \$, S barrado da banda, a ser esperada aqui onde ela efetivamente surge, isto é, recobrando o campo R da realidade, e o *a*, que corresponde aos campos I e S.

Portanto, é como representante da representação na fantasia, isto é, como sujeito originalmente recalcado, que o \$, S barrado do desejo, suporta aqui o campo da realidade, e este só se sustenta pela extração do objeto *a*, que, no entanto, lhe fornece seu enquadre.

Medindo por escalões, todos vetorizados por uma intrusão apenas do campo I no campo R, o que só é bem articulado em nosso texto como efeito do narcisismo, é

24. De uma questão preliminar ao todo tratamento possível das psicoses, texto publicado nos *Escritos*.

inteiramente impossível, portanto, que queiramos reintroduzir aí, por alguma porta dos fundos, que esses efeitos (leia-se “sistema das identificações”) possam teoricamente fundar, seja de que maneira for, a realidade.

Quem acompanhou nossas exposições topológicas (que não se justificam pela estrutura da fantasia a ser articulada) deve saber perfeitamente que, na banda de Moebius, não há nada de mensurável a ser retido em sua estrutura, e que ela se reduz, como o real aqui em questão, ao próprio corte.

Esta nota é indicativa do momento atual de nossa elaboração topológica (julho de 1966)” (Lacan, 1957-1958, pp. 559-560).

De início, destacam-se a idéia de objeto a^{25} e sua relação com o campo da realidade. Dito de outro modo, Lacan insiste em enunciar o fato de que o campo da realidade é atravessado pela tela da fantasia. O que exatamente isso quer dizer?

Ora, aqui reside uma aproximação ao argumento freudiano, visto que no texto *A perda da realidade na neurose e na psicose*, de 1925, Freud retificou a idéia segundo a qual só haveria uma perda da realidade na psicose, tal como afirmara em um texto anterior, *Neurose e psicose*, de 1924. Na verdade, também há momentos em que ocorre uma fuga da realidade na neurose, momentos nos quais algum objeto da realidade evoca um traço da fantasia inconsciente.

Para dar continuidade ao argumento acima, é necessário interrogar a descrição de Freud acerca da hipótese endógena e exógena da constituição da subjetividade e sua confluência na fantasia inconsciente. Freud (1919) afirmou, em *Uma criança é espancada*, que a fantasia inconsciente articula o mundo subjetivo da criança ao mundo

25. Conforme Roudinesco e Plont, no *Dicionário de Psicanálise*, o conceito objeto a foi apresentado por Lacan, no ano de 1961, com o intuito de descrever o objeto de desejo do sujeito como algo que lhe é furtado e também irrepresentável, como um resto não simbolizável. Ele aparece de forma fragmentada, através de quatro objetos parciais desligados do corpo, a saber: o seio como objeto de sucção, as fezes como objeto de secreção e a voz e o olhar, como objetos do desejo. Já no Seminário 8, denominado *A transferência*, Lacan trabalha questões vinculadas ao manejo da transferência ao retomar *O banquete* de Platão e a posição de Alcibíades diante de Sócrates. Alcibíades demandava de Sócrates uma confirmação de seu amor. Sócrates, por seu turno e conforme Lacan, sustentava uma posição de analista, já que fazia semblante ao endereçamento do amor de Alcibíades e, ao mesmo tempo, não o respondia em ato. Ora, aqui reside um argumento freudiano acerca do amor de transferência, visto que o neurótico adquire uma maneira específica de amar, no drama edipiano, e reproduz esse modo específico de amar na figura do analista. De seu lado, um analista suporta o lugar que lhe foi dado na transferência, suporta o endereçamento do amor de seu analisante, mas não o responde em ato. O diálogo de Platão versa em torno do amor e da idéia de que há um objeto que representa o Bem, o *Agalma*. É sobre essa noção de *Agalma* — o bom objeto — que Lacan o converte em objeto a . “(...) objeto do desejo que se esquia e que, ao mesmo tempo, remete à própria causa do desejo. Em outras palavras, a verdade do desejo permanece oculta para a consciência, porque seu objeto é uma ‘falta-a-ser’. Em março de 1965, Lacan resumiria essa proposição num aforismo deslumbrante: ‘O amor é dar o que não se tem a alguém que não o quer’” (Roudinesco e Plont, 1997, p. 552).

objetivo, de sorte a considerar a estruturação da fantasia inconsciente ou edipiana em função do lugar que a criança ocupa, na própria fantasia, em relação aos pais.

Nasio (1993) oferece uma reflexão interessante sobre esse debate, ao definir, como ponto de partida, a experiência analítica em função do amor de transferência²⁶. Posto isso, interroga-se a respeito de certas dicotomias ou preconceitos sob a forma de opostos: é possível afirmar a existência de um homem e de uma mulher? Corpo é algo que se distingue por completo do psiquismo? Há diferenças entre a realidade material e a realidade psíquica? É possível sustentar a hipótese endógena e a hipótese exógena, tal como Freud o fez, ao teorizar a fantasia inconsciente?

A experiência analítica e o respectivo trato teórico oferecido por Lacan rompem com esses “opostos”, ou então, é possível verificar que há alguns preconceitos que merecem ser revistos ou reconsiderados. Por exemplo, a idéia de que há um dentro e um fora se modifica quando se situa a própria clínica psicanalítica como território. “Em que termos passa esse limite que diz respeito à experiência da análise?” (Nasio, 1993, p. 27). Dentro desse contexto, ele propõe pensar a psicanálise como a “realidade enquanto limite, essa zona fronteira entre o sujeito e o real” (Nasio, 1993, p. 27).

Ainda de acordo com a crítica à hipótese freudiana de que existe um dentro e um fora, afirma-se que o argumento de Freud se aproxima de uma determinada visão filosófica, a de Berkeley, condizente com a idéia de que só é possível conhecer o mundo, o fora, através das representações. Mas aí reside uma contradição. Como isso é possível, já que as representações são internas e possuem suas próprias características? Não existem representações fora do psiquismo humano!

Freud não realizou distinção entre a noção de realidade e de real e, além disso, supôs a existência dos dois mundos, interno e externo, em função da confusão existente entre esses dois conceitos. Ele também dizia que somente o mundo interno era passível

26. Cf. a discussão acerca de *O banquete* de Platão, apresentada logo acima, na nota de rodapé anterior. A discussão sobre o amor de transferência também se coloca no texto de Freud denominado *Sobre o amor de transferência*, de 1914. Ali, Freud aponta para o fato de que o homem, ao atravessar a experiência edipiana, adquire uma maneira específica de amar, que é reproduzida junto aos outros objetos amorosos, inclusive junto ao analista. Nesse texto, Freud formula a idéia de que a direção do tratamento psicanalítico se afina com a idéia de que a maneira específica de amar, que outrora era inconsciente, torna-se consciente ao final do tratamento. Para tal, a ética psicanalítica condiz com a idéia da abstinência, já que o amor é endereçado ao analista, mas ele não responde em ato.

de ser cognoscível, apesar de ter revisto essa posição ao final de sua vida, no texto *Esboço de psicanálise*, de 1938, ao afirmar que o real interno é mais cognoscível que o real externo, mas que não seria apreensível por conceitos ou palavras e sim pela própria análise.

Posto isso, vale considerar em Lacan a distinção entre real e realidade:

Real é aquilo que não muda, o sexo. Real condiz com algo que é irrepresentável, inatingível, tal como Lacan formulou no Seminário 17, *O avesso da psicanálise*, ou então conforme sua contribuição no Seminário 20, denominado *Mais, ainda*, no momento em que articula o gozo do ser com o real²⁷. Tomemos essa referência: Lacan propõe algumas modalidades de gozo nesse Seminário, tais como, por exemplo, o gozo fálico, o gozo feminino e, este sim importante para essa reflexão, o gozo do ser. Há uma equivalência entre o gozo do ser e o real, de sorte a considerá-lo como aquilo que anima, de acordo com o Freud²⁸, a compulsão à repetição.

Já a realidade é mutante, ela se abre e se fecha, de tal sorte a ser concebida como algo local e atrelado à trama de significantes. Em outros termos, a realidade pode ser pensada como uma série de identificações que se sucederam na vida do sujeito, como um vaivém entre o eu e a imagem especular do estádio do espelho. Aqui a ênfase é posta no primeiro tempo do Édipo, mais precisamente no lugar da mãe como o Outro que deseja.

“(...) realidade, na vida de alguém, é a sucessão de encontros identificadores e de encontro com o desejo do Outro” (Nasio, 1993, p. 31).

Porém, conforme Nasio (1993), a realidade não se restringe apenas às palavras e imagens, já que a realidade é também concebida pelo movimento da pulsão — no estreito vínculo entre o psíquico e o orgânico. É nesse contexto que Nasio se interroga acerca do ataque histérico. Do que se trata? É fantasia? É realidade? O desmaio histérico é um exemplo interessante para encaminhar essas questões, visto que é, sem dúvida alguma,

27. Esse ponto será de capital importância e será retomado mais adiante.

28. Cf. *Recordar, repetir e elaborar*, de 1914. Nesse texto, Freud descreve a compulsão à repetição como algo da ordem do inconsciente, conteúdos que ainda não foram passíveis de elaboração e que, desse modo, são atualizados na transferência em ato. A indicação clínica desse artigo se articula com a idéia de que uma análise se efetiva, na transferência, em sustentar as repetições do analisante, já que é na repetição de algo que a diferença pode advir, no sentido de algo inconsciente vir a se tornar algo elaborado.

consequência da ação da fantasia inconsciente e, no entanto e ao mesmo tempo, há um corpo no chão. Fala-se de um corpo desmaiado, tomado pela ação da fantasia histérica.

“(…) A fantasia não é uma imagem na cabeça, mas é algo material, que se manifesta por uma atividade motora, uma paralisia, por alguma coisa no corpo. A realidade é isto: não foi somente o significante que induziu a histérica a desmaiar, não são apenas as imagens que sustentam sua identificação. A realidade para a histérica é mais que todo o circo que gira em torno dela, que ela instalou. A realidade para a histérica é onde ela cai desmaiada. Para falar de realidade é preciso disto” (Nasio, 1993, p. 33).

Em outras palavras, a realidade equivale ao corte²⁹, quando se introduz o movimento da pulsão para o sujeito se separar do objeto³⁰. Assim, no ataque histérico, o objeto da pulsão pode ser o olhar ou então a ação motora do músculo. Ora, fala-se então de uma realidade concebida como imagens e significantes, mas também determinada pelo movimento pulsional. A trajetória da pulsão escópica, descrita por Freud, serve como exemplo para ilustrar a gramática de seu movimento: temos aí três termos — olhar, ser olhado e olhar-se. A realidade é o que se tem de mais exterior, ligado ao significante e à imagem e, no entanto, é ao mesmo tempo o que há de mais interior, de mais íntimo ao corpo de um sujeito. A ênfase dada na frase anterior incide sobre o período “*é ao mesmo tempo*”, o que indica a superação da dicotomia endo X exo, tal como já foi discutida anteriormente.

Um segundo aspecto importante para a discussão da nota de rodapé é a afirmação de Lacan acerca do esquema R como um plano projetivo. O que isso quer dizer?

A representação gráfica do mapa-múndi é um exemplo de plano projetivo. A disposição dos continentes em um plano bidimensional é bastante conhecida, inclusive em função das determinações históricas que o conceberam. O continente europeu se localiza ao centro e na parte superior da representação e, tomado como referência, serve para que os outros continentes sejam distribuídos, nessa mesma representação gráfica,

29. A noção de corte será retomada mais adiante, pois é capital para o eixo de argumentação que pretendemos sustentar a respeito do manejo da transferência na clínica das neuroses.

30. No texto *A pulsão e suas vicissitudes*, de 1915, Freud afirma que as pulsões não possuem objeto definido. Ele comenta a idéia de que há uma falsa crença, a de que existiria uma cola entre a pulsão e o objeto. Na verdade, o objeto eleito da pulsão pode induzir a esse erro, visto que se apresenta aí uma ilusão de que a satisfação pulsional é decorrência de determinado objeto. Não é a toa que Freud discorre acerca da plasticidade da pulsão.

conforme sua localização geográfica em relação à referência eleita. É interessante notar que qualquer parte do planeta poderia ser usada como ponto de referência. A consequência disso é que seria possível ter séries de representações ao tentar ilustrá-lo em um plano bidimensional.

No entanto, há algo que escapa à representação gráfica do planeta Terra, tais como seu eixo de rotação e também seu eixo de translação. A Terra gira em torno de si mesma, o que gera os dias e as noites, assim como possui uma localização no sistema solar — ela é o terceiro planeta mais próximo do sol e demora 365 dias, um ano, para dar uma volta completa em torno dele. O mapa-múndi não dá conta dos movimentos terrestres e seus respectivos tempos, eles não são passíveis de serem representados ou figurados.

Ao transpor essa discussão para o esquema R, tem-se a idéia de que nele há a formalização dos três tempos do Édipo, bem como o quadrilátero *MimI*. São esses pontos que determinam o quadrilátero, responsável por animar a estrutura — ao determinar as instâncias pela qual uma análise se situa, além de incorporar no modelo a problemática do tempo — visto que inscrevem um movimento onde se situa o campo da experiência analítica, desde que seja feita desse quadrilátero uma figura topológica denominada banda de Moebius.

Assim, vale agora incluir um terceiro comentário sobre a nota de rodapé, mais precisamente à respeito dos pontos *MimI*.

Antes de adentrar nos tempos e nos movimentos de uma análise, é necessário compreender melhor o que está em jogo nesses pontos. A aula de 5 de fevereiro de 1958, denominada *Da imagem ao significante no prazer e na realidade*, constante do Seminário 5 — *As formações do inconsciente*, é de suma importância para essa compreensão.

Lacan estabelece um debate com os pensadores da Escola Inglesa, sobretudo com Klein e Winnicott, ao interrogar o complexo de castração³¹. O debate incide sobre a

31. Aqui incide, mais uma vez, o retorno de Lacan a Freud, mais precisamente o modo como se estabelecem a estrutura neurótica e a estrutura psicótica, discussão presente no texto *A perda da realidade na neurose e na psicose*, de 1925. A título de rememoração e no caso específico da neurose, a fuga da realidade se dá desde as percepções atuais, visto que a criança aceita a percepção antiga — a percepção da castração. Dito de outro modo, segundo Freud, a criança reconheceu a percepção da castração da mãe, percepção primordial que originou o recalque (*Verdrängung*).

questão da relação de objeto e o surgimento da fantasia inconsciente. Vale retomar alguns pontos já desenvolvidos ao longo desta tese para encaminhar a questão. O ponto de vista sustentado por Lacan é o de que não existe um estado de necessidade pura, visto que o bebê, desde sua primeira vivência de satisfação³², sobrepõe ao estado da necessidade o estatuto do desejo, por haver aí uma demanda de amor. É por meio dessa relação dual que se abre, para o humano, a perspectiva de deparar-se com a cadeia significante, aí constituída ou presentificada desde a figura da mãe, o Outro materno. Lacan cita Freud, a *Carta 52* a Fliess, na qual se discute o nascimento das estruturas inconscientes e do aparelho psíquico — a hipótese admitida por Freud é a de que, em sua origem, a inscrição mnêmica correspondente à manifestação da necessidade é um signo. Temos aí um processo de aprendizagem que pressupõe uma simbolização³³, já que, por exemplo, o bebê pode expressar dois fonemas e passar a opô-los, o que já assume o estatuto de vocábulos, desde que dirigidos à mãe. É uma combinatória significante que explicita sua organização. A criança passa, desde então, não mais a almejar a satisfação de uma necessidade, e sim uma relação com o desejo do sujeito materno que tem diante de si.

Para Lacan, o advento do estágio do espelho é e não é, paradoxalmente, o encontro do sujeito com a realidade, já que se trata, na verdade, de uma imagem virtual que tem a propriedade de isolar o campo da realidade. O sujeito capta uma imagem virtual e a conquista, tal como foi visto anteriormente com a idéia do falo imaginário — objeto imaginário com o qual a criança se identifica para satisfazer o desejo da mãe — a partir de uma cristalização do eu que abre as possibilidades do imaginário. Estabelece-se aí uma

32. Ora, aqui cabe retomar a discussão de Freud no texto intitulado *Projeto de uma psicologia para neurologistas*, de 1895, mais precisamente a passagem onde se discute o surgimento do aparelho psíquico a partir da vivência de satisfação, quando o bebê sofre um acúmulo de tensão interna, gera uma descarga motora — o grito — e recebe uma ação do mundo externo, nomeada por um outro que significa o choro do bebê. Essa ação externa é capaz de apaziguar a tensão interna do bebê e, também, oferece a possibilidade de inscrição do significante em seu corpo. Daí inclusive a reformulação da unidade mínima da língua, de Saussure, para a idéia de Lacan, a de que prevalece a primazia do significante sobre o significado, já trabalhada anteriormente.

33. Mais uma vez Lacan se refere a Freud. O processo de simbolização aqui descrito trata, na verdade, da cena descrita por Freud em relação a seu neto, no momento em que ele brincava de carretel. Para lidar com a ausência da mãe, a criança brincava com um carretel, uma linha e o jogava para debaixo do sofá, realizando um movimento de vaivém com o carretel, e ao mesmo tempo repetia as palavras FORT e DA, cuja tradução é vai e volta. O jogo do FORT-DA, como é conhecido na literatura psicanalítica, condiz com o processo de simbolização primordial da criança, pois retrata a alternância da presença e ausência da mãe sobre a criança, alternância primordial para o processo de simbolização. É mediante uma presença que se faz ausência que algo se inscreve no psiquismo. Fala-se da inscrição da linguagem. Essa discussão consta do texto *Além do princípio do prazer*, de Freud (1921).

via de mão dupla: de um lado a experiência da realidade introduz, sob a forma de uma imagem corporal, um elemento ilusório e enganador que propicia ao sujeito estabelecer sua relação com a realidade e, de outro lado, a experiência do estádio do espelho abre a perspectiva de a criança realizar suas primeiras identificações.

Posto isso, agora é possível definir os pontos presentes no trapézio que define o campo da realidade. De início, o eixo i — M, eixo que está de acordo com o registro imaginário. O i equivale ao eu, a imagem do próprio corpo diante da mãe. Já o M está atrelado ao significante do objeto primordial, ou dito de outro modo, o ego ideal.

Já no outro eixo, m — I, m é a imagem especular da criança e I é o Ideal do eu, conforme discutido anteriormente. O segmento m — I, através de suas identificações, está atrelado à série de significantes, ou de representações que pontuam sua realidade a partir de referenciais, uma realidade recheada de significantes. Falar de Ideal de eu é fazer referência à identificação que convoca o registro do simbólico, ou seja, a uma série de identificações significantes que se opõe ao registro do imaginário. A identificação ao Ideal do eu pressupõe a incidência da função paterna e, conseqüentemente, um desapego referente à relação imaginária com a mãe. O pai, por ser um personagem real, intervém de modo a que o eu se torne um elemento significativo.

Desse modo, pode-se afirmar que se estabelece aí, de acordo com Lacan, um movimento de balança oriundo da torção entre os registros do imaginário e do simbólico, justamente onde se define o campo da realidade. De um lado, há a realidade adquirida pelo sujeito humano a partir de sua conquista à assunção de uma imagem virtual do corpo e, de outro, o sujeito introduz no campo da experiência o significativo, o que resulta em ampliar este mesmo campo para o sujeito humano.

Ainda com Lacan³⁴, cabe interrogar o estatuto do objeto, uma vez que essa interrogação é primordial para sustentar a experiência analítica. Quais são a fonte e a gênese do objeto ilusório? É possível reduzir o objeto como ilusório ou reduzi-lo ao imaginário?

34. A mesma aula de 5 de fevereiro de 1958, denominada *Da imagem ao significante no prazer e na realidade*, presente no Seminário 5 — *As formações do inconsciente* (1957-1958).

Não! Lacan é taxativo em sua resposta. O objeto da necessidade sexual não se reduz ao fato, por exemplo, de o macho se voltar para uma fêmea em busca de uma atividade sexual, cuja finalidade seja a reprodução da espécie. Sabe-se, desde Freud³⁵, que o exercício da sexualidade humana visa à obtenção de prazer. Lacan é irônico ao afirmar o fato essencial para essa discussão, a saber: vale enfatizar o que um sapatinho de mulher provoca em um homem.

O objeto ilusório não exerce sua função no sujeito como imagem, apesar do engodo que se apresenta, mas se inscreve como um elemento significante, atrelado à cadeia significante. Desse modo, há que se pensar que o objeto primordial domina a vida do sujeito, visto que há elementos imaginários que desempenham um papel cristalizador e também considerar, como já foi dito, sua inscrição como significante atrelado à cadeia. Esta última avança: S, S₁, S₂, S₃,... e a significação também avança, porém em sentido contrário. Há uma significação que desliza e que determina, no humano, uma espécie de relação intrínseca de significação. Aqui se trata de um objeto metonímico, axial na dialética das perversões e das neuroses, além de ser também determinante para o desenvolvimento subjetivo. Estamos falando do falo.

A relação da criança com a mãe não é somente permeada por realizações e frustrações, mas também pela passagem da descoberta do que é, para a criança, ser o objeto de desejo do outro e a inscrição do desejo para ela mesma, a criança. Nesse ponto, Lacan retoma as idéias de Freud a respeito da fase fálica³⁶ e da estruturação da fantasia inconsciente³⁷, ao introduzir em seu argumento a passagem do primeiro tempo para o segundo tempo do Édipo. O que significa para a criança o seu desejo? Lacan atribui à fase fálica de Freud o estatuto de um significante pivô, “em torno do qual girava toda a

35. Cf. o texto *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, de 1905, que é capital para romper com determinada visão do infantil que predominava na época: a de que as crianças eram puras e desprovidas de sexualidade infantil. Freud, além de descrever a sexualidade infantil a partir das fases de organização parcial da libido em torno de zonas erógenas eleitas no próprio corpo, aproxima essas mesmas experiências infantis da vida erótica do adulto. Daí o fundamento psicanalítico acerca da sexualidade humana, já que ela mesma não tem para si uma finalidade de reprodução da espécie — dito de outro modo, cabe não “biologizar” a sexualidade humana, mas sim atribuir a ela um estatuto de satisfação pulsional.

36. Argumento presente em *A organização genital infantil: uma interpolação sobre a teoria da sexualidade*, texto de Freud, de 1923.

37. *Uma criança é espancada*, de 1919.

dialética do que o sujeito tem que conquistar por si mesmo, por seu próprio ser” (Lacan, 1957-1958, p. 248).

Ora, o que vimos anteriormente, a respeito da inscrição do significante fálico na estruturação da subjetividade — e a constituição da cadeia significante ancorada na relação entre significante e significado, amarrados pelo *point de capiton* — atrela-se ao sucesso da função paterna, ou à inscrição do significante Nome-do-Pai.

“Assim como eu lhes disse que, no interior do sistema significante, o Nome-do-Pai tem a função de significar o conjunto do sistema significante, de autorizá-lo a existir, de fazer dele a lei, direi que, freqüentemente, devemos considerar que o falo entre em jogo no sistema significante a partir do momento em que o sujeito tem de simbolizar, em oposição ao significante, o significado como tal, isto é, a significação.

O que importa para o sujeito, o que ele deseja, o desejo como desejado, o desejo do sujeito, quando o neurótico ou o perverso tem de simbolizá-lo, isso, em última análise, é literalmente feito com a ajuda do falo. O significante do significado em geral é o falo” (Lacan, 1957-1958, p. 249).

O significante fálico amarra o significante ao significado, através do ponto de basta, conforme foi visto anteriormente, o que reafirma a formulação lacaniana a respeito da primazia do significante sobre o significado.

Desse modo, retomamos a idéia de que uma estrutura clínica se define a partir do modo pelo qual o sujeito articula/define/ordena sua posição de sujeito em relação ao jogo do significante. Para pensar a neurose, Lacan³⁸ fala do ponto de basta como algo primordial para a experiência humana. Lança-se mão de uma metáfora, no caso, a idéia do *point de capiton* como ponto de articulação, de amarração entre os três registros, o simbólico, o imaginário, o real na linguagem. O *point de capiton* permite uma articulação entre significante e significado capaz de construir sentidos possíveis para uma fala quando se coloca um ponto final na frase. O sentido se constrói retroativamente e pode ser compartilhado em função do fato de que é próprio da linguagem compartilhar sentidos possíveis. Na neurose, o sujeito habita a linguagem, já que ele recebe a mensagem de forma invertida, uma vez que Outro está reconhecido no discurso da alteridade.

“É essencialmente essa incógnita na alteridade do Outro que caracteriza a ligação da palavra no nível em que ela é falada ao outro” (Lacan, 1955-1956, p. 49).

38. Seminário 3, denominado *As Psicoses*, de 1955-1956.

Na fala do sujeito neurótico, há reciprocidade. A condição de o neurótico habitar a linguagem traz consequências importantes para o manejo da transferência na clínica, naquilo que se refere ao tempo de uma sessão de análise, o tempo lógico e sua estrutura de corte. Aliás, na própria nota de rodapé, Lacan situa o quadrilátero *M i m I* como o único corte válido nesse esquema, porque ele isola no campo da realidade uma banda de Moebius.

Temos aqui um quarto aspecto importante da nota de rodapé a ser considerado. Como pensar a idéia de topologia? E o que seria uma banda de Moebius?

A topologia se constituiu como um ramo da matemática. Granon-Lafont (1987) oferece algumas passagens históricas para descrever seu campo. Em 1679, Leibniz definiu um novo ramo da matemática, sob a classificação latina de “analysis situs”, cuja tradução para o francês é “*étude de la place*”, em castelhano “*estudio del lugar*” e em português estudo do lugar. Foi em 1750 que a topologia avançou, no momento mesmo em que Euler estabeleceu relações constantes entre vértices, faces e arestas de um sólido convexo. O trabalho de Euler suscitou várias polêmicas, o que serviu para reforçar o campo da topologia, já que inúmeros matemáticos concentraram-se em estabelecer limites possíveis para as leis propostas por Euler. Foi por meio de Moebius, em 1861, que uma figura topológica entraria para a história. É a banda de Moebius, tema desta reflexão.

A topologia preocupa-se com o estudo de formas geométricas, a ciência dos espaços e suas leis ou propriedades. Opõe-se ao modelo matemático euclidiano, visto que não se trata de estudar um objeto e o cálculo de seu deslocamento no espaço. A ênfase dada à topologia condiz com o estudo do espaço em si mesmo, em sua invariância. Pode-se inclusive afirmar que o uso da topologia no campo psicanalítico e mesmo nas ciências humanas aproxima-se de um fundamento epistemológico do conhecimento e que cabe a Lacan o mérito de ter insistido nessa via. Ele foi, quando menos, um grande colaborador para a realização dessa empreitada: a de lançar mão do uso da matemática para formalizar a experiência analítica.

Vegh (1994), em distintos momentos de sua obra, interroga-se a respeito do uso das escritas na obra de Lacan. Reconhece ele que, na obra de Lacan, há o recurso às figuras topológicas, o que possibilita estabelecer, por meio das escritas, descrições importantes

de uma época de seu ensino. Mas, qual é o intuito desse recurso utilizado? Por que um analista como Jacques Lacan, por exemplo, lança mão das escritas? Vegh compara o uso da topologia na psicanálise com a poesia. A poesia, apoiada nos recursos da metáfora, toca em pontos que se situam no limite do indizível. É aí que também se localiza a experiência analítica, já que uma análise também é uma experiência do sujeito diante de seu mundo, ponto que não é passível de nomeação.

Granon-Lafont (1987) também se interroga a respeito da pertinência da topologia, de seu uso, para teorizar a experiência analítica. Uma tendência possível na psicanálise seria a de dar substancialidade ao sujeito do inconsciente, já que se trata de um conceito fundamental para seu sistema teórico. No entanto, não é isso que está em jogo... Não se trata de substancializar o conceito sujeito do inconsciente, mas sim de figurar, teorizar o modo como o sujeito aparece, seus percursos e as possibilidades que permitem descrever um espaço particular.

O uso do recurso da topologia é um esforço de Lacan para não substancializar um conceito, no sentido mesmo da não-compreensão. Lacan (1975-1976), no Seminário RSI, comenta a importância do uso do nó borromeano em seu ensino, mas perfeitamente aplicável às outras figuras topológicas:

“Aliás, o que poderíamos realmente perder, (...), a saber, que todos os sistemas da natureza que surgiram até aqui são marcados pela debilidade mental, para que então ater-se tanto a eles?” (Lacan, 1975-1976, p. 5).

É claro que Lacan está em um grande esforço para formalizar a experiência analítica, e assim o fez, ao evitar a contaminação do imaginário naquilo mesmo que ele pretende transmitir. Ou conforme Granon-Lafont (1987),

“a banda de Moebius conserva, em nosso espaço, o estatuto de representante do irrepresentável. Esta função paradoxal constitui uma necessidade, a causa da debilidade de nossa percepção e de nossa imaginação intuitiva do espaço” (Granon-Lafont, 1987, p. 46).

E o que é uma banda de Moebius? Trata-se de uma figura topológica simples de fazer. Ao tomar, por exemplo, uma tira de papel, realiza-se uma torção³⁹ sobre ela e depois fixam-se suas extremidades. Aí está, essa figura, a banda de Moebius, que traz

39. O número de torções na tira de papel, para realizar uma banda de Moebius, deve sempre ser de número ímpar.

uma série de implicações importantes para o presente momento. Um exemplo bastante conhecido é a figura de Escher, que permite notar o andar das formigas em um contínuo onde desaparecem o lado de dentro e o lado de fora. Uma formiga, ao caminhar sobre a superfície da banda, retorna ao mesmo ponto após realizar duas voltas, de modo a estabelecer uma continuidade entre o lado de dentro e o lado de fora.

Escher

Ainda com Granon-Lafont (1987), é apenas mediante um acontecimento temporal que se distingue o lado de dentro do lado de fora. Caso a formiga realize somente uma volta, ela se encontrará no lado oposto a seu ponto de partida. O tempo aparece aí como uma dimensão fundamental, importante para ser teorizado diante da experiência analítica e que condiz com as repetições do analisante, atrelado àquilo que foi dito há pouco, à idéia de que a emergência do sujeito do inconsciente, na associação livre, refere-se ao suportar a transferência, àquilo que se atualiza em ato e sua noção de corte.

É nesse ponto que reside o quinto comentário sobre a nota de rodapé. A banda de Moebius é o lugar-tenente da fantasia, onde o corte oferece sua estrutura. Incluem-se aí dois elementos importantes para se pensar a travessia da fantasia, como direção de tratamento na neurose: o sujeito do inconsciente, o sujeito barrado — sua emergência na associação livre — e o objeto *a*, objeto causa do desejo, que enquadra o campo da realidade. Uma análise propicia ao sujeito do inconsciente atravessar sua posição fantasmática, de sorte a se deparar com o objeto *a* e sua decorrente queda. Também vale ressaltar a idéia de que não há nada de mensurável a ser retido na estrutura da banda de Moebius, visto que ela se reduz ao próprio corte, assim como a emergência do real — pois ele também não é mensurável.

Esquema R ilustrando o corte da realidade e sua torção (apud Nasio, 1993, p. 38)

Os pontos M i m I delimitam o campo da realidade, e com eles é possível realizar uma torção para fazer a banda de Moebius. Os pontos i e I serão coincidentes, assim como os pontos m e M . Articula-se o eu com o Ideal do eu e a imagem especular com o significante do objeto primordial. As instâncias pelas quais se estabelece o movimento de uma análise são, portanto, o narcisismo primário e o Ideal do eu. Ora, são instâncias psíquicas que delimitam o campo da realidade, campo que assume *status* de plano projetivo, visto que anima o que o esquema R pressupõe de estático. A banda de Moebius indica o movimento da pulsão e sua estrutura de corte visa, ao longo de uma análise, separar a pulsão do objeto. Desse modo, rompe-se com a idéia de realidade objetiva, uma vez que ela só é percebida pela fantasia inconsciente — a realidade é definida pelo movimento pulsional e também através do jogo de significantes. Esse movimento na análise é marcado pelo tempo, o tempo do corte, movimento determinado pelo atravessamento da fantasia inconsciente. Como já disse Freud⁴⁰, uma análise se direciona às construções possíveis que o analisante realiza, no sentido mesmo do trabalho de arqueologia sobre si mesmo, ao tentar reconstruir sua posição diante da Outra cena — a cena edipiana. O corte lacaniano auxilia o sujeito a se deparar com a Outra cena.

A entrada em análise pressupõe a entrada do sujeito no campo do desejo. Lacan (1953), em *Função e campo da fala e da linguagem*, oferece uma indicação clínica preciosa, no que concerne a uma possível primeira posição do sujeito diante do desejo. Ele afirma que o primeiro desejo é o desejo de reconhecimento do outro, não no sentido de que o outro possa ter a chave do objeto desejado, mas sim porque o seu primeiro objeto passa por esse tipo de reconhecimento. Essa é uma dimensão importante da

40. *Construções em análise*, texto de Freud, escrito em 1938.

análise, pois a indicação clínica aí presente condiz com a enorme frequência com que os candidatos a uma análise sempre incluem o outro como causa de si mesmo, do próprio sofrimento. Assumir a responsabilidade do próprio desejo não é um passo simples, e a entrada no campo do desejo pressupõe a existência de uma lei imposta que impulsiona o sujeito para algo que existe, para algo que vai mais além do princípio do prazer — o gozo do ser ou o real — quer dizer, aquilo que anima a compulsão à repetição.

O real, a inércia, o gozo — equivalentes entre si —, tal como aparecem na clínica psicanalítica, podem levar o sujeito a se recusar a entrar na dança dos significantes.

“Não, eu não serei um elemento da cadeia” (Lacan, 1957-1958, p. 255).

Aí reside um paradoxo pois o sujeito, ao se recusar a pagar uma dívida simbólica que não contraiu, não faz outra coisa senão perpetuar essa mesma dívida. É nesse ponto que Lacan retoma a segunda fase da fantasia inconsciente de Freud⁴¹, de cunho masoquista.

“Há sempre, na fantasia masoquista, uma faceta degradante e profanadora, que indica ao mesmo tempo a dimensão do reconhecimento e o modo de relação proibido do sujeito com o sujeito paterno. É isso que constitui o fundo da parte desconhecida da fantasia” (Lacan, 1957-1958, p. 255).

O pai aparece no registro do imaginário como um rival, mas também assume um estatuto de modelo de identificação. Aí reside o efeito de balança, visto que a posição imaginária comporta consigo uma ambigüidade, pois ao mesmo tempo em que essa identificação imaginária de rivalidade paralisa o sujeito, há também a identificação que, atrelada à dança dos significantes, fornece ou propicia o movimento de um tratamento psicanalítico e a decorrente noção de construção em análise. Ora, a clínica psicanalítica das neuroses não se reduz ao sintoma, já que a dimensão ética da psicanálise conduz a direção do tratamento para a travessia da fantasia — e não para seu desaparecimento —, o que indica uma orientação para o método psicanalítico. A fantasia fundamental não é interpretada, es sim construída, e o fim de uma análise resulta em uma mudança subjetiva do sujeito diante de sua fantasia inconsciente ou diante daquilo que lhe causa desejo.

41. Presente no texto de Freud denominado *Uma criança é espancada*, de 1919.

A escuta do significante e o corte⁴² de uma sessão orientam o método de intervenção clínica, conforme a posição ética descrita no parágrafo anterior. A formalização da banda de Moebius incorpora a noção de corte. Vegh (1994) retoma a idéia de que o corte visa separar o sujeito do objeto em relação ao Outro, segundo a lógica da castração na teoria lacaniana. Desse modo, o corte de uma sessão é o equivalente de uma interpretação e consiste em separar o desejo da realidade, para que o sujeito possa emergir, na medida em que o objeto cai. A emergência do sujeito é teorizada através do modelo topológico aqui discutido, já que a banda de Moebius, como uma mostração, indica algo do real. A função do corte, se bem sustentada, afina-se à noção de que o significante nunca se representa a si mesmo e abre a perspectiva de que, na repetição⁴³, algo de novo possa aparecer. O corte de uma sessão propicia a abertura do inconsciente. A emergência do real é percebida por seus efeitos no significante e por sua inscrição na cadeia associativa, já que um significante assume valor sempre que esteja diante de outros significantes.

Para finalizar este tópico, vale retomar Lacan (1964)⁴⁴ e sua articulação de cura psicanalítica com o matema da fantasia e sua relação com o objeto *a*, ao descrever duas operações importantes: a alienação e a separação. A alienação, como já foi dito, refere-se ao preço que o neurótico paga pela sua inscrição no universo da linguagem, ao submeter-se ao registro do simbólico — na medida em que o desejo humano se constituiu desde a sua posição diante do Outro materno —, conforme o primeiro tempo do Édipo, já que o

42. Em 1945, Lacan escreve um texto denominado *O tempo lógico e a asserção de certeza antecipada — um novo sofisma*, presente nos *Escritos*. Lacan, ao apresentar um problema de lógica quando apresentou uma situação envolvendo três prisioneiros e cinco discos, descreve sua solução ao teorizar três tempos ali presentes. Aqui se destaca a idéia de que os tempos descritos, o instante do olhar, o tempo de compreender e o momento de concluir, incluídos na resolução do problema lógico, inserem-se também na teorização dos tempos de uma sessão de análise. Esse texto sustenta a idéia de que uma sessão de análise segue o tempo lógico, e não o tempo cronológico.

43. Aqui reside uma formulação lacaniana acerca da noção de inconsciente como repetição, tal como aparece no Seminário 11, *Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* (1964). É nesse ponto que o inconsciente lacaniano se distingue do inconsciente freudiano. Este último pode ser ilustrado, por exemplo, com o texto *Psicopatologia da vida cotidiana*, de 1901. Freud descreve seu ato falho, o esquecimento do nome Signorelli e a aparição, em sua cadeia associativa, de dois nomes substitutos — Botticelli e Boltraffio. Esse ato falho, conforme Freud, deu-se em função de certas condições: i) há certa predisposição para seu esquecimento; ii) ocorreu aí um processo de repressão em um tempo anterior e iii) ocorreu uma possibilidade de estabelecer uma associação extrínseca entre o nome em questão e o elemento antes reprimido. O inconsciente freudiano é aquilo que se manifesta nos sonhos, nos atos falhos, chistes, enfim, são as formações do inconsciente ou, dito de outro modo e de acordo com Lacan, as manifestações do inconsciente são tropeços, desfalecimentos ou rachaduras.

44. Seminário 11, *Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*.

desejo humano se estabelece a partir do discurso do Outro. Já a separação, condição importante para a cura psicanalítica da clínica das neuroses, indica a responsabilidade do sujeito em assumir seu próprio desejo ou, conforme as palavras do próprio Lacan (1964):

“É no que seu desejo está para além ou para quem do que ela diz, do que ela intima, do que ela faz surgir como sentido, é no que seu desejo é desconhecido, é nesse ponto de falta que se constitui o desejo do sujeito. O sujeito — por um processo que não deixa de conter engano, que não deixa de representar essa torção fundamental pela qual o que o sujeito reencontra não é o que anima o seu movimento de tornar a achar — retorna então ao ponto inicial, que é o de sua falta como tal, da falta de sua *afânise*⁴⁵” (Lacan, 1964, p. 207).

O fim de uma análise é libertar-se da afânise — aquilo que constituiu o sujeito — e de sua posição alienante, responsável por dividir o sujeito, mas que permitiu, inclusive, seu movimento dialético. Libertar-se da afânise, realizar essa torção, é a fase de desligamento da transferência. A função do desejo é a de representar a sua parte na cena da assunção do sujeito, é assumir sua posição no jogo da separação.

3.3. A paranóia e o Édipo em Lacan

O recorte dos três tempos do Édipo na neurose, sua formalização a partir do esquema R e da banda de Moebius permitiram apontar relações importantes entre determinada concepção de subjetividade e suas decorrências sobre a teoria do método de intervenção no tratamento psicanalítico. O mesmo proporemos para a teoria lacaniana da paranóia — objeto desta tese de doutorado —, uma vez que, nesse momento, será apresentado o modo como se dá a constituição da subjetividade na paranóia⁴⁶ e a formalização proposta por Lacan do campo da realidade a partir do delírio de Schreber, presente no esquema I, para aí sim formular a indicação clínica para o manejo da transferência na clínica da paranóia *stricto sensu*. Esse ponto será de grande valia, pois a idéia de escuta do delírio e a construção de uma metáfora delirante servirão para problematizar aspectos clínicos presentes no AT, tais como a instalação do dispositivo de tratamento e a idéia do olhar em rede, presentes no capítulo subsequente denominado “A instalação do dispositivo de tratamento e o olhar em rede”.

45. Afânise, conforme o Aurélio, é o medo mórbido de perda da capacidade sexual.

46. Evidentemente, a problemática do pai e a idéia de fracasso de sua função nas etapas lógicas de constituição de sua subjetividade, bem como suas consequências, comporão o eixo teórico proposto.

No entanto, em referência ao esquema I, Lacan não teorizou a idéia do plano projetivo capaz de animar a estrutura, tal como o fez ao recortar o campo da realidade na neurose através da banda de Moebius. Aí reside o ponto nevralgico que pretendemos teorizar neste trabalho, pois a hipótese teórica aqui defendida, a de que o AT implica efeitos analíticos, será investigada a partir do conceito objeto *a* e sua incidência na paranóia, bem como a partir da questão do corte no campo da realidade a partir do conceito de cena no AT. A essa idéia, acrescenta-se também a noção de *sinthoma*, tal como Lacan o formulou no Seminário 23, *Joyce, o sinthoma*, pois aí reside uma indicação teórica importante para a confirmação da hipótese de pesquisa aqui defendida: a de que o AT acarreta efeitos analíticos. Essa discussão será apresentada no capítulo final desta tese de doutorado, cujo título é “O real e o AT: rumo à construção do *sinthoma*”.

3.3.1. A paranóia a partir da teoria lacaniana do Édipo

Pode-se afirmar que a constituição da neurose e a da paranóia, em relação ao primeiro tempo do Édipo, são equivalentes. A função materna no primeiro tempo do Édipo na neurose condiz com a efetivação da célula narcísica entre a mãe e a criança, no momento em que ambos os personagens da estrutura edipiana estabelecem, entre si, uma espécie de amálgama ou um vínculo simbiótico. Retomamos aqui a noção de que a criança é o falo da mãe e a mãe simboliza a criança como falo, conforme o estatuto que a criança assume em seu desejo⁴⁷ (desejo da mãe). Ocorre também a transmissão do Ideal do Outro e a realização da constituição do narcisismo primário ou estágio do espelho, tal como vimos em Freud ou em Lacan.

47. Aqui também vale um comentário sobre a diferença do tipo clínico do autismo, da esquizofrenia, da melancolia e da paranóia. Cabas (1988) reconhece que em todos os tipos clínicos citados há a ausência do significante Nome-do-Pai. No entanto, propõe uma distinção entre autismo e esquizofrenia, de um lado, e melancolia e paranóia, de outro lado, pois as duas primeiras são tidas como psicoses de ausência, enquanto as outras duas são psicoses de presença. Desse modo, afirma-se, por exemplo, que na melancolia e na paranóia houve uma clara inscrição da função materna.

No entanto, a paranóia se diferencia da neurose naquilo que concerne à etapa lógica de estruturação da subjetividade, conforme Lacan⁴⁸, ao afirmar que houve uma falha da função paterna, no momento em que se inscreve o segundo tempo do Édipo. O tempo possível de inscrição da lei simbólica se perdeu, pois não houve uma abertura, na estrutura edipiana, para que a mãe oferecesse um espaço possível para que se efetivasse a entrada do pai e de sua transmissão da lei simbólica. Nesse caso, caracteriza-se o pai como pai fraco, impotente, ou pai déspota. Ambos são inoperantes no quesito desviar o olhar da mãe para alguma outra coisa que não seja seu filho, no sentido mesmo de criar um hiato, um furo no ponto de vista da criança, para que ela se depare com a falta do Outro materno. A criança não se deparou com o fato de que ela *não é mais* o falo da mãe, já que a completude imaginária típica do primeiro tempo do Édipo não foi rompida. Não há a passagem do falo imaginário para o falo simbólico e a possibilidade de ressignificação do significante fálico.

Lacan⁴⁹ atribui a esse mecanismo o termo *forclusion*, termo oriundo da língua francesa, mais precisamente do campo jurídico, para designar a impossibilidade de apelação de um processo em função da perda de prazo. Prescreveu o prazo de apelação de um processo no campo jurídico, prescreveu o prazo de inscrição do sujeito na lei simbólica quando se refere à constituição da subjetividade. O termo *forclusion* é traduzido como forclusão, neologismo da língua portuguesa usado como equivalente da *Verwerfung* freudiana. A criança, ao ter a oportunidade de se deparar com a percepção da diferenciação sexual, ao ser convocada a atravessar a provação edipiana, rejeita essa mesma percepção e não se inscreve na partilha dos sexos.

A consequência oriunda desse mecanismo lógico de constituição da subjetividade das psicoses — também presente no tipo clínico da paranóia — é o de não se submeter ao registro do simbólico e, portanto, não se inserir na lógica discursiva do laço social. Não se estabelece a lógica do pacto edípico e do pacto cultural, tal como aparece em *Totem e tabu* de Freud (1913) — visto que nele há uma renúncia pulsional incestuosa e, em

48. Seminário 5, *As formações do inconsciente e De uma questão preliminar ao todo tratamento possível das psicoses*.

49 Seminário 3, *As psicoses*.

contrapartida, uma filiação simbólica ordenada pela lei cultural da proibição do incesto, em que as relações de aliança não coincidem com as relações de parentesco.

A forclusão do significante Nome-do-Pai no Outro gera conseqüências importantes para a reflexão acerca da subjetividade na psicose. O Outro na psicose não é barrado, diferentemente da neurose, já que nessa última estrutura clínica há no Outro o significante da castração, o que o torna inconsciente, marcado pela falta e pela presença da lei simbólica.

O Outro na psicose é consistente. Na paranóia, fala-se de um Outro absoluto. Quinet (1997) compara a posição estrutural⁵⁰ do paranóico ao primeiro tempo do Édipo, já que o Outro assume um estatuto avassalador, tal como a mãe nesse tempo lógico, visto que a criança se assujeita aos caprichos de seu desejo, identificada com o falo imaginário da mãe. A falha da função paterna — a não-inscrição do significante Nome-do-Pai no desejo do Outro — não permitiu que a criança saísse da posição de objeto de gozo da mãe. Faltou também uma inscrição no registro do simbólico.

A conseqüência clínica desse Outro terrível e gozador, de acordo com a expressão cunhada por Quinet, reside no fato de que a falha de inscrição no registro do simbólico permite uma leitura importante sobre o fenômeno psicótico, que se equipara a um efeito de emergência na realidade que não se sustenta para o sujeito psicótico, pois se fala de uma significação impossível para ele, já que não faz parte de sua estrutura.

Freud (1924)⁵¹ formula a hipótese de que o psicótico substitui um fragmento de uma realidade insuportável por uma outra menos impossível — o delírio.

“(...) A carência no simbólico do Nome-do-Pai corresponde a esta fenda na realidade do sujeito psicótico que é preenchida pelo delírio. A forclusão do Nome-do-Pai na psicose põe em causa toda a cadeia de significantes que assume, então, sua independência e se põe a falar, à revelia do sujeito. A lei do significante exercerá seus efeitos sobre este e o fará falar por uma língua por ele ignorada” (Quinet, 1997, p. 30).

O sujeito psicótico, por estar assujeitado aos imperativos do Outro, apreende sua relação com esse mesmo Outro desde o significante, o que resulta em um discurso

50. Conforme Quinet, trata-se tão-somente de uma analogia, visto que o psicótico não foi capaz de atravessar a provação edípica e, portanto, não constituiu o Édipo propriamente dito.

51. *Neurose e psicose*, de 1924.

absolutamente vazio de sentido⁵². O Outro é tomado por alguém, por um personagem que sustenta as identificações imaginárias do sujeito, de modo a se tornar um outro perseguidor.

“(...) o personagem inicialmente idealizado torna-se aquele que o observa, dá-lhe ordens e o submete ao seu querer. (...)” (Quinet, 1997, p. 31).

É comum verificar a existência do outro perseguidor nos conteúdos delirantes dos pacientes psicóticos. É o que veremos na sequência, ao adentrar o delírio de Schreber e sua formalização.

3.3.2. O delírio de Schreber, o esquema I para formalizar o campo da realidade na paranóia e uma indicação para o tratamento possível das psicoses — a construção da metáfora delirante

O esquema I⁵³, proposto por Lacan (1957-1958), transpõe a lógica presente no esquema R, sobretudo no que se refere ao quadrilátero *MimI* e sua relação com o campo da realidade. Sua intenção é formalizar o campo da realidade — a partir de seus pontos — na paranóia, no sentido de oferecer ao leitor uma estrutura do delírio e indicar pistas daquilo que se apreende diante de sua formalização.

Esquema I, apud Quinet (1997, p. 55)

Temos aqui uma sequência de comentários que se aproxima daquela que foi realizada em relação ao esquema R. Alguns pontos serão destacados, conforme a

52. Mais adiante será retomada essa discussão.

53. De uma questão preliminar a todo tratamento possível das psicoses (1957-1958).

seqüência que se apresenta: a questão do objeto *a* na paranóia e sua relação com o campo da realidade; a idéia do plano projetivo que anima a estrutura ou, dito de outro modo, um apontamento sobre a possibilidade — ou não — de se realizar uma torção com a figura delimitada pelo campo da realidade na paranóia, bem como a noção de tempo para a construção da metáfora delirante; as instâncias que delimitam o campo da realidade na paranóia, quais sejam, o narcisismo primário ou estágio do espelho e o Ideal do eu — ou melhor, o Ideal do Outro não barrado, e, por fim, a indicação clínica presente nesse esquema, no caso, a noção de construção de uma metáfora delirante na paranóia capaz de realizar duas suplências — a suplência imaginária e a suplência simbólica — bem como um modo de interrogar o sujeito na clínica da paranóia.

O objeto *a* na paranóia e sua relação com o campo da realidade se distingue ao ser comparado com o objeto *a* na neurose e seu vínculo com a realidade.

No esquema R, a realidade é determinada pelo registro do simbólico, enquadrada pelo registro do imaginário, ao se sustentar pela extração do objeto *a*, uma vez que a castração simbólica foi bem-sucedida. O simbólico barra o objeto *a*, ao passo que o imaginário, além de contê-lo, também o vela — e assim afirma-se que ele (o objeto *a*) se presentifica na imagem do outro, apesar de estar velado. Quinet retoma o Seminário 10, *A angústia*, para descrever os tempos lógicos da constituição do sujeito ao ilustrar a incidência do gozo, da angústia e do desejo. O primeiro tempo do Édipo é marcado pelo gozo e pela inscrição do significante no corpo. O gozo, onde reside a pulsação da vida, onde incide a relação dos objetos parciais da pulsão na sexualidade infantil — o seio, as fezes, a voz e o olhar — são marcados pelo advento da castração e, portanto, extraídos do campo da realidade. A inscrição do significante no corpo ou a identificação simbólica através do Ideal do eu introduz o sujeito no Outro e oferece as condições necessárias para a entrada dele no universo da linguagem. A angústia condiz com o segundo tempo do Édipo, na medida em que é nesse tempo lógico que a criança se depara com a castração do Outro, o A barrado, a lei simbólica e a entrada ao universo humano da cultura. Por fim, o terceiro tempo lógico condiz com a estruturação do desejo e a estruturação da fantasia inconsciente, localizada ao lado do Outro, aqui entendido como o representante

da lei. A interdição paterna, na neurose, faz com que os objetos parciais sejam interditados e perdidos para sempre.

Já na paranóia, o objeto *a* encontra-se desvelado, uma vez que os objetos parciais olhar e voz são facilmente identificáveis, já que não houve, nesse caso, a extração do objeto *a* do campo da realidade para o sujeito em função da forclusão do significante Nome-do-Pai. O objeto *a*, na paranóia, encontra-se ao lado da realidade. Mas o que isso quer dizer? Ora, por não ter sido realizada a operação da castração simbólica, fica suspensa a estruturação da fantasia inconsciente e o sujeito do desejo. No tempo lógico da angústia, o sujeito se confronta com um Outro não castrado, absoluto, e que, portanto, tudo vê e tudo fala.

Ainda de acordo com Quinet (1997), a não-castração no Outro propicia o fato de os objetos parciais aparecerem no campo da realidade. Alias, é disso que se trata quando Lacan (1955-56), no Seminário 3, *As psicoses*, ilustra o modo como se dá a manifestação da linguagem na paranóia, mais precisamente a alucinação. Lacan trabalha essa questão através de uma paciente. Ela estava voltando do açougue quando encontrou um vizinho que ela julgava ser um rapaz de hábitos levianos. Ao se encontrarem, a paciente disse: “Eu venho do salsicheiro”. Foi nesse momento que ela escutou a palavra “porca”, segundo ela, dita pelo vizinho. Trata-se aí de uma mensagem que o sujeito recebe de forma invertida? Lacan se indaga: “Porca, o que será isso? É uma mensagem com efeito, mas não será antes a sua própria mensagem?” (Lacan, 1988, p. 61). O importante é pensar que de fato a palavra “porca” tenha realmente sido ouvida.

“Quem será que fala? Já que há alucinação, é a realidade que fala. Isso está implicado em nossas premissas, se afirmamos que a realidade é constituída de sensações e percepções. Não há ambigüidade nisso, ela não diz: Eu tive o sentimento de que ele me respondeu: “Porca (...)” (Lacan, 1988, p. 62).

É a realidade⁵⁴ que fala. A paciente recebe do outro sua própria fala.

E o campo da realidade na paranóia? A forclusão do Nome-do-Pai do registro do simbólico promove um desencontro, uma hiância entre o registro do simbólico e o

54. Nesse momento do Seminário 3, *As psicoses*, Lacan parece ainda não ter diferenciado realidade de real. Essa discussão é fundamental e mais adiante será retomada, quando for explicitada a noção de real nesse seminário, atrelada à indicação clínica da construção da metáfora delirante. É possível sustentar a idéia de que é o real que fala, já que o retorno do real de algo que não foi simbolizado — através do conceito de *Bejahung* — é o que permite realizar a referida distinção.

registro do imaginário. A neurose traz consigo uma contigüidade entre o Nome-do-Pai e o falo imaginário, que se encontram em um mesmo ponto topológico. Já na paranóia é possível afirmar que há dois *furos*, tal como aparecem no esquema I, visto que o P_0 é a não-inscrição do Nome-do-Pai e o Φ_0 condiz com a ausência da significação fálica. Há aí uma série de conseqüências importantes, tais como Quinet (1997) sugere, ao propor dois tipos de suplências para pensar a metáfora delirante, a suplência imaginária e a suplência simbólica. A falha da função paterna — a forclusão do significante Nome-do-Pai — resulta em um abalo das identificações imaginárias do sujeito paranóico, já que a crise desencadeada em Schreber, em função da irrupção do pensamento “que bom seria tornar-se uma mulher”, favoreceu sua dissolução imaginária (ponto de suma importância para o presente trabalho, que será retomado logo adiante, quando formos tratar do narcisismo primário ou estádio do espelho e indicarmos aspectos clínicos pertinentes para a teorização da demanda do AT na paranóia, a ser desenvolvidos no próximo capítulo denominado “A instalação do dispositivo e o olhar em rede”).

Em relação à suplência imaginária, sua transformação em mulher se refere à idéia do primeiro tempo do Édipo, o de ser o falo do outro. No entanto, essa condição não era sustentável, porque se aproximava da posição homossexual⁵⁵, que ele abominava, já que qualificava os homens com quem convivia como homens que não tinham consistência. A recomposição do imaginário de Schreber, representada no esquema I, afina-se com a prática transexualista (i) e uma fantasia sem mediação de sua transformação em mulher (m). A hipérbole $m - i$ condiz com a morte do sujeito, em função da ausência da significação fálica. É através da construção da metáfora delirante, ao incluir aí a idéia da redenção — copular com Deus e povoar o mundo com uma nova raça — que Schreber vai reconstituir seu mundo ao aproximar-se do registro do simbólico.

Em relação à suplência simbólica, Schreber, ao longo de seu delírio, aceita sua condição de tornar-se mulher, não para se relacionar com outros homens, mas sim para ser uma mulher de Deus, a mulher que levaria a humanidade à redenção, ao povoar o

55. O leitor recorda-se da hipótese freudiana acerca da etiologia da paranóia. Freud havia sustentado a hipótese de que Schreber desenvolveu seu delírio em função de uma defesa frente à pulsão homossexual. Ora, de fato, confunde-se a posição homossexual com a idéia do empuxo à mulher, essa sim uma manifestação presente na crise do paranóico, tal como foi descrito no corpo desse texto.

mundo de filhos de Schreber com Deus. Do lado simbólico, (M) representa seu criador — Deus — e as criaturas da palavra, onde reside uma série de alucinações. Já o (I) representa o lugar da identificação ideal, aqui tomado como o ideal do Outro, Outro absoluto — amado ou odiado —, capaz de capturar o sujeito em armadilhas. O I, conforme Quinet (1997), constitui-se como o vazio da lei ou sua “Ordem do Mundo”, a redenção, posição que lhe restituirá o campo da realidade e a contenção de uma imagem. A hipérbole M — I contorna a forclusão do Nome-do-Pai, o Po, marcado por uma assíntota que nunca chega a seu fim. A suplência simbólica lhe permitirá a recomposição do eixo do imaginário, o que resultou em consolidar uma relação de amizade com sua mulher, apesar da prática transexualista e da metáfora delirante de ser a mulher de Deus. O restabelecimento da realidade para Schreber lhe permitiu receber alta do hospital e retornar ao convívio familiar.

Mas se o eixo M — I compõe uma curva que não se delimita, como pensar em uma estabilização na metáfora delirante de Schreber? Lacan (1953-1954), no Seminário 1, *Os escritos técnicos de Freud*, indicou a necessidade do registro do simbólico para o estabelecimento das posições imaginárias do sujeito no mundo, visto que toda e qualquer regulação imaginária não “pode se estabelecer senão pela intervenção de outra dimensão” (Lacan, 1953-1954, p. 166).

Ora, aqui reside um ponto importante e que gera certas confusões no debate acerca da constituição do sujeito do inconsciente na paranóia, pois a afirmação de que esse sujeito rejeita a percepção da castração na mulher, ou então a idéia de que o significante Nome-do-Pai está foracluído, *não* permite sustentar a hipótese de que *não* há a incidência do registro do simbólico na clínica da paranóia. O campo da realidade no esquema I indica a sobreposição dele mesmo sobre o registro do imaginário, onde inclusive se estabelece a relação de Schreber com o outro, marcado por um limite estabelecido pelo simbólico, mesmo que esse limite seja distorcido.

“(...) torna habitável para ele, mas que também (...) distorce, ou seja, excêntricos remanejamentos do imaginário, I, e do simbólico, S, que (...) reduzem ao campo do descompasso entre ambos” (Lacan, 1957-1958, p. 580).

Como vimos, a construção da metáfora delirante comporta uma suplência simbólica.

Posto isso, vale considerar a questão do tempo na direção do tratamento da paranóia, conforme foi descrito em relação à idéia do plano projetivo e a banda de Moebius. Em comunicação oral, António Quinet⁵⁶ afirmou que o esquema I comporta a mesma idéia de formalização presente no esquema R, no que concerne às instâncias psíquicas presentes na delimitação do campo da realidade — o narcisismo primário ou estágio do espelho e o Ideal do eu, aqui entendido como Ideal do Outro não barrado —, instâncias que animam a estrutura, visto que imprimem na formalização do esquema I uma dimensão do tempo na direção de tratamento da paranóia. Quinet, no entanto, afirmou que não existe trabalho algum em que se apresente uma proposta de construção de uma figura topológica para o campo da realidade na paranóia, tal como existe para a banda de Moebius, efetivada a partir do corte e da torção do campo da realidade no esquema R. Contudo, é possível extrair do esquema I apontamentos importantes, naquilo mesmo que sua formalização demonstra, tal como foi dito anteriormente e como se verificará a seguir.

O desencadeamento de uma crise se dá em função de um apelo do registro do simbólico impossível de o sujeito responder. Ora, aí reside o fundamento teórico para se pensar o desencadeamento de uma crise — o chamado da realidade para que o sujeito ocupe um lugar cuja impossibilidade é estrutural, já que há o apelo ao Nome-do-Pai que fora foracuído.

A realidade do sujeito na psicose, conforme Quinet (1997), é determinada pela relação do sujeito com o significante, formatada pelo registro do imaginário e pode ser esquematizada da seguinte maneira — em três tempos:

1º) Momento que antecede a crise: o sujeito, nesse tempo, apóia-se nos objetos da realidade a partir de bengalas imaginárias, já que o sujeito identifica-se com o falo imaginário — próprio do primeiro tempo do Édipo.

2º) Desencadeamento da crise: o que se verifica nesse momento, quando se trata de um surto de crise psicótica, é o predomínio do narcisismo primário ou estágio do espelho,

56. António Quinet proferiu uma conferência em São Paulo, na EPFCL-SP, para lançar seu livro *Psicose e laço social*, livro que será utilizado na discussão desta tese de doutorado, no capítulo intitulado “O sinthoma e o acompanhamento terapêutico”.

conforme Freud, uma vez que é nesse momento subjetivo que a libido é retirada dos objetos da realidade⁵⁷ e investida no próprio eu, além de ocorrer a dissolução do imaginário. Há uma queda da identificação do sujeito ao falo imaginário.

3º) Estabilização do delírio: fala-se aí de uma reestruturação do imaginário a partir do trabalho de construção da metáfora delirante, onde o sujeito reassume a possibilidade de seu objeto para o Outro.

Em Schreber, o desencadeamento da crise presente no esquema I se deu no momento em que se deparou com a alucinação “que bom seria tornar-se uma mulher”. Aí residiu o seu sepultamento do mundo, ou conforme Quinet (1997), o período de

“catatonia quando ele vê seu nome na seção de obituários nos jornais. (...) o imaginário do eu (...) se dissolve, se despedaça e toda a estrutura cortante do espelho se manifesta com o seu gume mortal (ele é reduzido a um “cadáver leproso” duplicado) e o mundo é desinvestido” (Quinet, 1997, p. 54).

A formalização do delírio de Schreber, apresentada no esquema I, tem a dimensão do tempo no tratamento da psicose, já que nela reside o tempo de eclosão da crise — a dissolução do imaginário —, bem como seu restabelecimento, uma vez que a construção da metáfora delirante, como já foi dito, comporta a suplência imaginária e também a suplência simbólica, esta última através da inclusão da figura de Deus, o Outro não barrado, em seu sistema delirante.

Freud⁵⁸ inaugurou a dimensão ética da psicanálise diante do tratamento das psicoses, uma vez que o delírio deve ser escutado, e não removido. O delírio como uma tentativa de cura, como uma forma de restabelecimento de uma realidade menos insuportável para o sujeito, é uma tentativa de barrar o gozo narcísico ao localizar o gozo no campo do Outro. Em relação ao objeto *a*, foi visto que ele, no desencadeamento da crise, não se separa do corpo e, nesse sentido, a construção da metáfora delirante é uma tentativa de o sujeito se separar desse objeto, ao localizar o gozo em um objeto separado de seu corpo. Conforme Quinet (1997), trata-se de

57. Aqui é possível atribuir a bela metáfora de Freud empregada para descrever esse processo, no caso, a imagem do sepultamento do mundo descrita no capítulo anterior.

58. S. Freud (1909). *Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiograficamente*.

“(...) uma indicação clínica bastante precisa (...): o que constitui o sofrimento do sujeito é justamente essa dispersão, esse despedaçamento de gozo, sendo eminentemente terapêutica e apaziguadora a tentativa de condensar o gozo num objeto fora do sujeito” (Quinet, 1997, p. 70).

A indicação clínica presente no texto *De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose* — no momento em que Lacan descreve a ação dos objetos parciais no surgimento da crise de Schreber (a voz nas alucinações e a condensação do gozo no objeto anal) — oferece perspectivas de estudo e pesquisa acerca do modo como cada sujeito psicótico encontrará sua solução singular para lidar com sua crise, fruto da impossibilidade de responder ao apelo do registro do simbólico, bem como a tentativa de separar-se desses objetos com os quais seu ser se identifica.

É nesse ponto que expomos o último argumento deste capítulo, no caso, uma concepção teórica acerca do registro do real inerente à noção de crise psicótica, bem como um manejo da transferência condizente com a noção da construção da metáfora delirante.

O ensino de Freud nos revela que a clínica não é uma experiência pura, mas sim estruturada de modo artificial, constituída pelo testemunho ou segredo que o paciente faz a um analista e pelo decorrente manejo da transferência que o analista realiza. É no contexto da clínica que se introduzem os três registros: do simbólico, do imaginário e do real. De forma sintética, retomamos breves definições⁵⁹ dos três registros acima citados. O registro do simbólico condiz com um sistema de representações calcado na linguagem, através de signos e significações possíveis que determinam o sujeito do inconsciente e a faculdade de simbolização. O registro do imaginário é utilizado por Lacan com o intuito de definir um lugar para o eu, com fenômenos de ilusão, captação e engodo. O registro do real está vinculado a uma noção de “realidade” fenomênica impossível de ser representada. No caso da psicose, tem-se que a noção de real está também relacionada com aquilo que foi rejeitado e, portando, excluído do registro do simbólico. Em tempo, vale também afirmar que é impossível isolar um dos três registros aqui trabalhados, pois é seu conjunto e a relação entre os mesmos que definem a idéia de estrutura clínica.

59. As breves definições apresentadas foram extraídas do *Dicionário de psicanálise* elaborado por Elisabeth Roudinesco e Michel Plont.

Lacan propõe um retorno a Freud, quando Freud aborda a psicose transpondo a lógica do tratamento da neurose para o da psicose, o que resulta em uma leitura da psicose a partir dos referenciais do simbólico. Lacan indica outro caminho: cabe à psicanálise teorizar a clínica da psicose para além do registro do simbólico e assim distinguir a clínica da neurose da clínica da psicose. Mais uma vez, recuperamos o contraponto descrito anteriormente entre a neurose e a psicose, já que a indagação pertinente consiste em diferenciar a relação do sujeito com a realidade, bem como o modo como se dá essa relação nas referidas estruturas clínicas.

“Na neurose, é no segundo tempo, e na medida em que a realidade não é plenamente rearticulada de maneira simbólica no mundo exterior, que há no sujeito fuga parcial da realidade, incapacidade de enfrentar essa parte da realidade, secretamente conservada. Na psicose, ao contrário, é realmente a própria realidade que é em primeiro lugar provida de um buraco, que o mundo fantástico virá em seguida cumular” (Lacan, 1955-1956, p. 57).

Desse modo, para dar continuidade à argumentação aqui proposta, vale verificar qual é o mecanismo de formação do sintoma. Retomamos a contribuição de Jean Hyppolite sobre a *Verneinung*, o ponto de origem da simbolização. Apontamos para a necessidade de distinguir o conceito de *Verneinung* e *Bejahung*. Lacan afirma:

“No inconsciente tudo não é somente recalcado, isto é, desconhecido para o sujeito após ter sido verbalizado, mas que é preciso admitir, atrás do processo de verbalização, uma *Bejahung* primordial, uma admissão no sentido do simbólico, que pode ela própria faltar” (Lacan, 1955-1956, p. 21).

Trata-se da *Bejahung* pura, passível ou não de se concretizar, e que na qual se produz uma primeira dicotomia, pois aquilo que recai na primeira simbolização terá destinos diversos daquilo que recai sob a primazia de uma *Verwerfung* primitiva. Nesta última ocorre um fenômeno de exclusão, uma recusa do sujeito de algo para a ordem simbólica, no caso, a ameaça da castração.

Cabe ater-nos ao exemplo do Homem dos Lobos. Ao brincar com sua faca, ele corta o dedo, que fica preso à mão somente por um pedaço de pele. Quando se posicionou ao lado de sua ama, à qual confiava suas experiências, não quis falar sobre isso. Apontamos para esse fato: quão significativo é não poder falar sobre isso?

“A relação que Freud estabelece entre esse fenômeno e esse especialíssimo não saber nada da coisa, (...) traduz-se por isto: o que é recusado na ordem simbólica ressurgue no real” (Lacan, 1955-56, p. 22).

O fenômeno alucinatório se dá pelo reaparecimento no real daquilo que não pode ser simbolizado, ou então, recusado pelo sujeito.

A descoberta freudiana também aponta para a impossibilidade de conferir ao homem uma natural adequação à realidade. Freud põe em relevo o fato de que a organização da sexualidade humana se dá, exclusivamente, pela ordenação da constituição bissexual humana à ordem simbólica da cultura. É isto o que o complexo de Édipo quer dizer.

Assim, quando se busca responder a questão do fenômeno psicótico, entende-se que se trata

“de uma emergência na realidade de uma significação enorme que não se parece com nada — e isso, na medida em que não se pode ligá-la a nada, já que ela jamais entrou no sistema de simbolização — mas que pode, em certas condições, ameaçar todo o edifício” (Lacan, 1955-56, p. 102).

No exemplo de Schreber, conforme Lacan, a significação rejeitada tem relação com a bissexualidade primitiva já trabalhada por Freud nos *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*. Lacan nos indica que se trata da função feminina em sua significação simbólica essencial.

Na neurose, essa pulsão feminina aparece nos distintos pontos de simbolização prévia e encontra eco na solução de compromisso do sintoma. É o recalque e o retorno do recalque. Na psicose, em seu início, o não-simbolizado reaparece no real, através de respostas do lado de uma *Verneinung* inadequada, ou em outros termos, insuficiente.

“O que se produz tem o caráter de ser absolutamente excluído do compromisso simbolizante da neurose, e se traduz em outro registro, por uma verdadeira reação em cadeia ao nível do imaginário(...)” (Lacan, 1955-56, p.104).

O estudo de Schreber ilustra sua dialética imaginária e a decorrente relação especular do sujeito com o mundo.

“Uma exigência da ordem simbólica, por não poder ser integrada, (...) e acarreta uma desagregação em cadeia, uma subtração da trama na tapeçaria, que se chama delírio. Um delírio não é forçosamente sem relação com um discurso normal, e o sujeito é bem capaz de nos participar, e de se satisfazer com isso, no interior de um mundo em que toda comunicação não foi rompida” (Lacan, 1955-1956, p. 105).

Avançando mais na teoria, retomamos a idéia de que a realidade só pode ser concebida como uma trança de significantes. Essa realidade, nesse momento do ensino de Lacan, organiza-se pela presença do significante o Nome-do-Pai, significante porta-voz da ordem simbólica da cultura. É no complexo de Édipo que é ofertado ao homem a possibilidade de passar por uma provação, um atravessamento, sendo sua realização final o assujeitamento à lei simbólica. Na psicose, o sujeito se situa à margem dessa provação, ou dito de outra forma, fica-lhe rejeitado o acesso à realidade articulada à trama de significantes da ordem simbólica. Há algo que lhe falta, o significante o Nome-do-Pai.

Assim, o *point de capiton* é determinante para se pensar a experiência humana, e enfatizamos o valor da descoberta freudiana quanto à provação advinda do Complexo de Édipo. Nesse sentido, a consequência da ausência do significante o Nome-do-Pai, na psicose, permite-nos afirmar que significante e significado estão divididos e que o sujeito psicótico se concentra no significante. O delírio assume um sentido particular, em sua certeza e em sua perplexidade.

“Não, é num outro registro que é preciso abordar o que se passa na psicose. Eu não sei o total, mas não é impossível que se chegue a determinar o número mínimo de pontos de ligação fundamentais entre o significante e o significado necessários para que o ser humano seja dito normal, e que, quando eles não estão estabelecidos, ou afrouxam, produzem o psicótico” (Lacan, 1988, p. 304).

Tendo em vista as afirmações acima, podemos voltar à clínica e perguntar:

Qual uso o psicótico faz de sua produção delirante? Há significação? Sem dúvida que sim. Qual? O sujeito não sabe, apesar de ela vir em primeiro plano. A significação, para o psicótico, situa-se no plano da compreensão, mesmo que o que se compreende não possa ser articulado, nomeado, inserido pelo sujeito em um contexto em que se explicita tal compreensão. É nesse ponto que Lacan critica a psicopatologia de Jaspers e denuncia o fato de que é impossível, para o analista, compreender a produção delirante do sujeito psicótico.

O delírio se expõe de forma distinta da linguagem comum através da figura de linguagem denominada neologismo (o uso de palavras novas ou antigas com sentido novo). Lacan sugere dois tipos de fenômenos nos quais se projeta o neologismo: a intuição e a fórmula. No que se refere à intuição, é-lhe atribuído um caráter pleno, uma

perspectiva nova como se fosse uma descoberta fundamental: é a alma da situação. Há também o tipo de significação que não remete a nada — fórmula —, que se repete com uma estereotipia constante. De acordo com Lacan,

“essas duas formas, a mais plena e a mais vazia, param a significação, é uma espécie de chumbo na malha, na rede do discurso do sujeito. Característica estrutural a que, já na abordagem clínica, reconhecemos a assinatura do delírio” (Lacan, 1955-1956, p. 44).

É na economia do discurso descrita acima, na relação do sujeito com a significação, que nos permitimos distinguir o delírio como um fenômeno elementar, como uma indicação para a formulação do diagnóstico psicanalítico.

Por conseguinte, a clínica da psicose nos interroga: de qual real se trata? Questão que traz consigo uma ambigüidade. Fala-se, de um lado, de uma concepção teórica sobre o real da psicose, descrita anteriormente, advinda dos fenômenos clínicos com os quais um psicanalista se depara. De outro lado, tem-se na mesma concepção teórica uma indicação clínica importante, capaz de orientar um psicanalista na direção do tratamento da clínica da psicose. A testemunha ou o secretário do alienado são expressões que indicam uma posição clínica, uma direção possível para o tratamento das psicoses. Na psicose, o analista não compreende e também não remete o sujeito psicótico à impossibilidade do simbólico. O analista busca testemunhar, sustentar significantes do sujeito psicótico capazes de dar contorno ao real, capazes de dar contorno a esse sujeito que vive na borda da loucura, e que pode, a qualquer momento, despencar no furo da psicose.

Nesse sentido, vale ater-nos ao trocadilho: *en quete d'un sujet, enquête d'un sujet*. Em busca de um sujeito, pesquisa de um sujeito. Existe um certo modo de interrogar o sujeito psicótico, no momento em que ele vive uma circunstância de crise, de dissolução imaginária, na perspectiva da construção da metáfora delirante. Qual foi o evento desencadeante da crise? O que se produziu, em termos de conteúdo do delírio ao longo da crise? Ocorreu algum evento ou o que motivou o sujeito psicótico a sair da crise? Como permanecer na estabilidade conquistada após a vivência de crise?

Entendemos a indicação clínica do Seminário *As psicoses*, acima trabalhada, como o ponto de partida para pensar o manejo da transferência na clínica da psicose. Na

psicose, o analista sustenta os significantes do sujeito tendo como princípio ético o respeito àquilo que o próprio paciente traz na transferência. O analista não interpola o sujeito psicótico com suas “compreensões” ou o remete à impossibilidade do simbólico, pois ali o delírio é entendido como uma **cura** do sujeito psicótico, ao menos nesse momento do ensino de Lacan. O delírio é visto como o modo particular de o sujeito psicótico lidar com a própria castração. Assim sendo, relembramos o fato de que a ética da psicanálise, inaugurada por Freud no caso Schreber, preconiza a não-remoção do delírio, e sim a possibilidade de resignificação dessa experiência delirante, na transferência, como direção de tratamento psicanalítico da psicose.

Capítulo 4

A INSTALAÇÃO DO DISPOSITIVO DE TRATAMENTO E O OLHAR EM REDE

“É sugestivo ver que, para que tudo não se reduza de repente a nada, para que toda a tela de relação imaginária não torne a enrolar-se a um só tempo, e não desapareça num preto hiante, do qual Schreber não estava tão longe no início, é preciso aí essa rede de natureza simbólica, que conserva uma certa estabilidade da imagem nas relações inter-humanas” (Lacan, 1955-1956, p. 117).

A epígrafe acima é uma bela descrição de Lacan a respeito do que ocorre com a dissolução do imaginário no desencadeamento da crise psicótica. Ela surge quando o sujeito psicótico é convocado a assumir um lugar de impossibilidade simbólica, visto que em sua estruturação subjetiva não há a inscrição em uma norma — a norma fálica — em função da forclusão do significante Nome-do-Pai. Diante do registro do simbólico, o paranóico se posiciona de acordo com certa exterioridade (apesar de ter ocorrido uma identificação com esse registro no primeiro tempo do Édipo), pois não houve, na estruturação lógica da subjetividade, conforme Freud (1925), um assujeitamento à lei simbólica em função da aceitação do sujeito da percepção da castração da mãe ou sua substituta — faltou-lhe o reconhecimento da partilha dos sexos. No entanto, é possível afirmar que o paranóico pode passar uma vida inteira sem qualquer desencadeamento de crise, desde que em sua história não haja um apelo para que o sujeito seja convocado a assumir um lugar de impossibilidade simbólica, tal como ocorreu com Schreber no momento em que foi nomeado para assumir o cargo de juiz-presidente da Corte de Apelação de Dresden — episódio que desencadeou sua segunda crise psicótica. É nesses momentos de crise, de dissolução do imaginário, que comumente ocorre uma indicação de tratamento, tal como se verá a seguir.

É em uma crise psicótica que as bengalas imaginárias, que outrora sustentavam o sujeito no laço social, são dissolvidas. É também nesse momento que aparecem as alucinações como um retorno de algo da ordem do real que não encontrou eco nas vias de simbolização e, nesse sentido, podemos aí localizar a principal demanda de indicação¹ para o AT. Lacan² (1957-1958), ao comentar o esquema I, descreve o modo como a ação do significante incide sob o imaginário, ao causar transtornos ao sujeito, ao determinar aquilo que Freud designou como o sepultamento do mundo³, exigindo-lhe inclusive responder com novos efeitos de significante. Lacan descreve as etapas subjetivas de Schreber, desde a alucinação “que bom seria ser uma mulher”, até a construção da metáfora delirante “copular com Deus para realizar a redenção: povoar o mundo com uma nova raça de homens”, para afirmar que ao longo desse processo subjetivo há diferentes etapas de dissolução do imaginário e também de sua reestruturação.

A contribuição de Lacan para a compreensão da paranóia e a indicação clínica da construção da metáfora delirante são pertinentes para pensar algumas questões específicas da clínica do AT.

Propomos, portanto, desenvolver alguns pontos, tais como as demandas de indicação de um AT a partir de sua especificidade, se se considera também uma condição particular da paranóia, o fato de que há determinado modo de alienação em sua constituição subjetiva — a alienação ao desejo do Outro. Desse modo, há que discriminar quem é aquele que demanda uma indicação de AT, visto que há casos cuja pertinência de indicação se justifica por uma demanda de um outro — por exemplo, a família, o

1. Contudo, não se pretende aqui reduzir o momento subjetivo de dissolução do imaginário como o único momento pertinente para a indicação de um AT. Essa discussão é mais ampla, já que também é necessário considerar a montagem institucional de tratamento para cada caso. Pode ocorrer de um paciente ter na figura de um acompanhante terapêutico um endereçamento importante para a sustentação de suas bengalas imaginárias restituídas após a crise, como uma alternativa possível de sustentação de si mesmo no laço social. Esse ponto será retomado mais adiante, na análise de um caso clínico em que o acompanhante terapêutico desempenha essa função. No entanto, vale problematizar a idéia de tratamento e estabilização na clínica das psicoses e, nesse sentido, discutiremos também um caso onde o CECCO (Centro de Convivência e Cooperativa, equipamento da rede de Saúde Mental da Prefeitura de São Paulo) — cuja proposta de funcionamento institucional está atrelada às concepções ou paradigmas da reforma psiquiátrica marcadamente influenciadas pelo modelo italiano — realiza uma oferta de laço social bastante importante para a subjetividade da psicose.

2. *De uma questão preliminar a todo tratamento possível das psicoses* (1957-1958).

3. O sepultamento do mundo condiz com uma retirada silenciosa da libido, que outrora era investida nos objetos da realidade. A libido torna-se flutuante até ser direcionada ao próprio eu, tal como Freud descreveu e como foi apontado em nosso capítulo “Freud e a paranóia”.

psiquiatra ou mesmo a instituição de tratamento. Aqui reside um argumento clínico bastante importante, que determina inclusive a direção de tratamento do AT — a partir da demanda de um outro criar estratégias, na transferência, para estabelecer uma transferência possível no tratamento. Estamos falando da instalação do dispositivo de tratamento de e sua articulação com a formulação de um projeto terapêutico⁴, visto que há casos em que a formulação de um contrato de trabalho com um paciente exige um tempo prévio, tal como a experiência clínica demonstra com frequência.

Outro ponto de interesse é a dimensão institucional que o AT assume, também atrelada a sua própria indicação, oriunda de uma leitura advinda de uma montagem institucional, capaz de orientar manejos importantes com o próprio paciente ou mesmo com a família. Há que considerar o fato de que uma indicação de AT, muitas vezes, vem em função de uma história de tratamento em uma instituição. Essa questão é importante, já que as instituições de saúde mental, orientadas pela psicanálise, apresentam um procedimento — aqui denominado olhar em rede — capaz de orientar a formulação de indicação de uma demanda de AT.

Os pontos de interesse para o presente trabalho serão teorizados a partir de fragmentos clínicos. Optamos por essa estratégia de ilustração, em vez de nos deter em um caso, pois a própria clínica do AT se define caso a caso, mais precisamente naquilo que concerne ao seu projeto terapêutico. Existem casos nos quais a dissolução imaginária está de acordo com aquilo que Lacan denominou como preto hiante, junto com uma produção delirante em cujo conteúdo o outro se apresenta como alguém aterrorizador. Há outros casos em que o conteúdo do delírio não impede a proximidade de um outro na transferência e, desse modo, torna-se mais fácil a instalação do dispositivo de tratamento. Serão apresentadas vinhetas clínicas de distintos pacientes para ilustrar os tempos do sujeito, desde a crise psicótica até a instalação do dispositivo de tratamento.

Há circunstâncias em que o AT é pensado em conformidade com uma equipe de tratamento constituída *a priori*, o que determina a direção de tratamento em função

4. Mais uma vez aparece a palavra terapêutico, aqui utilizada para pensar a idéia de direção de tratamento para o AT. Vale marcar o fato de que a ética psicanalítica não se afina com a idéia do terapêutico, mas sim com a noção de analítico, o que poderia indicar um uso mais preciso para a presente questão. Contudo, tradicionalmente, mesmo entre os analistas, a expressão mais utilizada é projeto terapêutico.

daquilo mesmo que a equipe ou instituição entendem como incremento de sua “montagem institucional de tratamento”⁵. No entanto, é possível verificar, na clínica, que em certos casos o acompanhante terapêutico é aquele que inclui, ao longo do tratamento, a possibilidade de aumentar os dispositivos de tratamento de um caso. A primeira circunstância idealiza o AT como um dispositivo de tratamento de acordo com a especificidade de sua montagem institucional, ao passo que, na segunda circunstância, é o próprio acompanhante terapêutico que orienta o projeto terapêutico de acordo com o que é possível ou pertinente para a singularidade do caso, tendo, como possibilidade, a construção de uma rede de tratamento como perspectiva possível para a idealização de um projeto terapêutico. Mais uma vez, é o olhar em rede que atravessa a clínica do AT.

4.1. Da demanda de tratamento vinda do outro à instalação do dispositivo de tratamento, ou os tempos prévios para o estabelecimento da transferência e o acompanhamento terapêutico

Apesar de o presente capítulo destinar-se à discussão da noção da transferência na clínica psicanalítica da paranóia e de suas articulações com os manejos possíveis na transferência no AT, vale, de início, recuperar a discussão a respeito do modo como Freud inaugurou a posição ética da psicanálise diante da escuta do delírio, o que permitiu, inclusive, no retorno de Lacan a Freud, uma indicação acerca do manejo da transferência na paranóia. É disso que tratamos neste capítulo: de abarcar a noção de transferência na paranóia, advinda da clínica *stricto sensu*, de modo a colocá-la em serviço, como uma ferramenta conceitual para a teorização dos aspectos mencionados — a instalação do dispositivo de tratamento e a idéia do olhar em rede como procedimento clínico, não

5. A idéia de “montagem institucional de tratamento” condiz com os dispositivos de tratamento presentes em uma montagem institucional, onde comumente se encontram: os grupos ou oficinas terapêuticas, a psiquiatria, em certas montagens a terapia familiar ou grupo de pais, a assistência social, entre outros. Cada equipe tem uma história institucional, determinada pelos impasses que a clínica oferece e seus decorrentes modos de superação. Um exemplo desse movimento institucional será dado no momento em que discutirmos a idéia do olhar em rede, bem como a concepção de AT atrelada a essa instituição específica.

somente no AT, mas utilizável por todos aqueles que se inserem em uma rede de tratamento de um paciente.

Propomos, de início, problematizar o manejo da transferência na paranóia com uma tendência da psiquiatria (de cunho organicista) que trabalha na perspectiva da remoção do delírio, tal como Freud pretendia fazer na hipnose. Ora, sustentar os significantes, na transferência, de modo a possibilitar a escuta do delírio, é algo que só é possível desde que não se busque sua extinção pela via medicamentosa.

Freud, no momento pré-analítico de sua obra, utilizou a lógica médica, em que a noção de causalidade se faz presente, na tentativa da remoção do sintoma pela prática da hipnose. A ação do médico, ou mesmo de Freud no momento que antecede a descoberta da associação livre⁶, consiste em, a partir do sintoma, detectar sua causa e removê-la, pois aí seria possível eliminar o próprio sintoma. A ética preconizada nesse raciocínio é a da remoção do sintoma, mais voltada para a ética do indivíduo e seu bem-estar, distinta da ética psicanalítica, que preconiza a ética do sujeito: não o bem-estar, e sim o bem-dizer. Há que considerar o fato de que é comum um tipo de prescrição médica que pretende a eliminação completa do delírio, tal como um médico que age sobre um sintoma físico qualquer. Os representantes de uma tendência psiquiátrica mais biológica podem argumentar a partir do raciocínio exposto acima. O delírio é algo que perturba a ordem estabelecida, é uma disfunção e merece ser eliminado a qualquer custo. As consequências desse tipo de argumento são claras, já que não há qualquer tipo de cálculo sobre a dosagem de medicamento a ser administrada. Algumas doses de medicação, em certos casos, são indicadas e atingem o seu objetivo maior — a extinção do delírio. No entanto, o preço que se paga também é muito alto, visto que as condições subjetivas do sujeito se aniquilam por completo, além de causar danos advindos da impregnação do remédio, tais como tremores, disfunções no sono, entre outros. Esse ponto é delicado e merece uma discussão, já que a psiquiatria é uma grande parceira na clínica das psicoses, onde se faz presente também a prática do AT.

6. Descoberta fundamental que desembocou na invenção da psicanálise. Como já foi dito, o momento que antecede a hipnose denomina-se momento pré-analítico.

Em certos casos, não é possível prescindir do tratamento medicamentoso na clínica das psicoses, uma vez que o surto mobiliza um montante de angústia que, em muitos casos, é insuportável para o sujeito, podendo inclusive colocar sua própria sobrevivência física em risco. Os avanços dos medicamentos, inclusive, contribuíram para a consolidação da substituição dos manicômios — as instituições fechadas —, de modo a possibilitar a clínica do AT. A parceria com a psiquiatria pode ser necessária, desde que a dosagem recomendada pelo médico seja calculada entre um certo apaziguamento da angústia⁷ mobilizada em uma crise, de um lado e, de outro, a manutenção do delírio — condição *sine qua non* para a emergência do sujeito na transferência. Contudo, há certos casos em que é possível prescindir do uso de medicamentos.

Uma vez realizadas algumas considerações a respeito do que é possível extrair da teoria do trauma e da sedução — em sua aplicabilidade em relação à psiquiatria —, podemos problematizar o AT como uma estratégia importante para a instalação do dispositivo de tratamento, ao considerar os tempos do sujeito: do ódio a alguém à erotomania. O argumento reside na idéia das distintas etapas de dissolução do imaginário e, desse modo, a seguir, a partir de vinhetas clínicas, propomos problematizar suas estratégias de manejo da transferência, bem como os modos de subversão da demanda do outro para a instalação do dispositivo de tratamento. Desse modo, apresentaremos recortes clínicos que descreverão distintas circunstâncias, nas quais será possível perceber suas etapas de construção.

Apesar do sofrimento brutal que a crise psicótica produz, é bastante comum verificar uma completa aversão do sujeito a qualquer possibilidade de proximidade de alguém que possa tratá-lo. Vimos que a origem do AT está atrelada a casos em que o paciente não aderiu à oferta de tratamento na instituição e, por conseguinte, permaneceu na clausura ou isolamento. Foi aí que surgiu (essa é ao menos uma versão a respeito da origem do AT) a idéia de alguém ligado a uma equipe institucional que pudesse ir ao encontro do paciente para criar uma demanda de tratamento — vinda de um outro no primeiro momento —, mas posteriormente legitimada pelo próprio paciente. O

7. De modo que seja suportável para o paciente.

acompanhante terapêutico aqui se aproxima da ética da psicanálise, segundo a qual o desejo do analista⁸ implica uma aposta no sujeito do inconsciente.

Outro aspecto a ser considerado é a questão do conceito de transferência e sua articulação com a noção de enquadre ou *setting* analítico. O fenômeno transferência ocorre somente no consultório? O *setting* analítico é o pressuposto que antecede ou garante o fenômeno transferencial? Aqui reside um ponto importante de discussão, pois notamos, ao longo da história da psicanálise, uma tendência em condicionar a ocorrência da transferência à existência do *setting*, como se este último atribuísse um valor de garantia para sua existência. Se de fato isso ocorresse, não seria possível pensar a noção de transferência e seus manejos no AT, visto que a transferência é a condição necessária para que haja psicanálise. A transferência não se define por um território físico, sua manifestação não depende das paredes de um consultório. Afirmamos que sua existência está em relações outras que não somente entre um paciente e um psicanalista. A transferência, a título de ilustração, ocorre na sala de aula, entre professor e alunos, entre psicanalistas em uma escola de psicanálise etc.

Assim sendo, podemos problematizar a noção de *setting* para interrogar sua suposta validade como garantia para a ocorrência de uma “boa” psicanálise. Por *setting* compreende-se um conjunto de regras⁹ mais ou menos estabelecidas que sustentaria a intervenção analítica, tais como o pagamento da sessão, seu tempo de duração, a frequência de sessões em uma semana, a disposição dos móveis em um consultório e, nesse sentido, o uso do divã, entre outros. Ora, o que se percebe é uma espécie de arcabouço de prerrogativas absolutamente externas à condição essencial do exercício da psicanálise — no caso, a manutenção de somente uma regra fundamental: a associação livre. A transferência, de um lado, define-se por uma suposição de saber¹⁰ em um outro, a quem é endereçada uma fala a respeito de um sofrimento que assume um sentido singular

8. Lacan, em muitos momentos de sua obra, destaca que o produto final de uma análise é um analista, quando se produz o desejo do analista como produto final de uma análise. Vejamos uma citação de Lacan (1964): “Então, qual é a finalidade da análise, para além da terapêutica? Impossível não distingui-la desta quando se trata de produzir um analista. Pois, como dissemos, sem entrar na mola da transferência, é o desejo do analista que, em última instância, opera na psicanálise” (Lacan, 1964, p. 868).

9. É interessante notar que Freud designou os elementos presentes na definição do *setting* como recomendações a serem seguidas, e não como obrigatoriedades ou pontos incondicionais para o exercício da psicanálise.

10. Aqui, evidentemente, trata-se da neurose.

e, de outro, há um analista que se presta a suportar o lugar que lhe é dado na própria transferência, quando escuta o paciente conforme aquilo que Freud denominou como atenção flutuante.

Desse modo, *mutatis mutandis*, o problema da transferência se coloca também na clínica da paranóia. A questão, no momento, não é mais saber se existe ou não transferência na psicose, mas sim problematizá-la, tal como Lacan propôs em relação à idéia do secretário do alienado, conforme sua posição exposta no Seminário 3, *As psicoses*. Lacan, nesse momento de sua obra, indica um tratamento possível das psicoses, indicação que passa pelo manejo da transferência que se dá, seja em um consultório particular, seja nas instituições e, evidentemente, e por que não?, também nos espaços da cidade. Parte-se desse pressuposto: há transferência na paranóia, e sua ocorrência se suporta através da garantia de enquadre. Há transferência de um paciente psicótico com seu analista, mas também com o acompanhante terapêutico, no interior de sua moradia ou então do mesmo paciente paranóico com o motorista de ônibus.

E como caracterizar o fenômeno da transferência na psicose, mais precisamente na paranóia? Aqui residem dois aspectos a ser considerados... O primeiro consiste em recuperar o primeiro tempo do Édipo, mais precisamente o modo como a criança se posiciona diante da mãe, pois aí se tem uma caracterização do fenômeno da transferência na clínica, uma vez que a transferência remete a uma relação dual, que convoca o analista a assumir um lugar relacionado ao primeiro tempo do Édipo. O segundo aspecto condiz com o fato de que Lacan, no Seminário 3, *As psicoses*, oferece uma indicação clínica pertinente como uma primeira vertente de tratamento psicanalítico da paranóia, no caso, a noção de secretário do alienado, articulada com a idéia de que a paranóia, assim como os outros tipos clínicos da estrutura psicótica, e mesmo as outras duas estruturas clínicas, neurose e perversão, são pensadas como fenômenos de linguagem.

Como ponto de partida, tem-se a idéia de que, no primeiro tempo do Édipo, a criança se posiciona como o falo do Outro materno, o Outro absoluto que coloca a criança como um falo imaginário, como aquilo que justamente o completa. Aqui também vale recuperar a noção de amálgama, ou a idéia de simbiose, presente no primeiro tempo do Édipo, quando mãe e criança constituem aquilo que se denominou como célula

narcísica. Nesse sentido, podemos afirmar que o psicótico reproduz, na transferência, um *modus operandis* em que o outro é sempre tomado a partir de uma relação especular. É como se o paranóico afirmasse: “O outro sabe o que eu sou, o que eu quero, sustenta-me em um lugar de complementaridade absoluta, é o outro que confirma a minha existência”. Essa é a posição que o paranóico ocupa na transferência, na medida em que o outro ocupa um lugar marcado pela onipresença. O analista ou acompanhante terapêutico, na transferência, ocupa esse lugar de um outro absoluto ou onipresente, ao qual é endereçada uma palavra erotizada, uma expectativa de confirmação de sua existência desde o olhar absoluto do outro.

Aqui, vale resgatar um comentário de Pommier (1997). Ele propõe a idéia de que um analista, ao manejar a transferência na psicose, ocupa o lugar mais vazio, a partir do qual os significantes aparecem. O efeito dessa posição é o de (des)erotizar a palavra, de sorte a que ela possa ser remetida a uma reconstrução da história do paciente. Esse é o ponto onde se mantém um analista, onde o vazio se coloca, onde reside um paradoxo: a partir da presença de um analista sustentar um lugar vazio, para propiciar uma hiância entre uma presença que outrora era totalizante, mas que permite, desde a condição de esvaziamento, oferecer ao psicótico a possibilidade de reconstrução de sua própria história. Assim, o analista assume um lugar de um outro imaginário não especular, onde o *heteros* assume sua pertinência.

Não se trata de ocupar o lugar do pai¹¹, mas de permitir o início de reconstrução de uma história possível. Aí reside um ponto importante, pois o endereçamento da reconstrução da história de um paciente passa, não pelo que se diz na transferência, mas sim pela própria posição ocupada por um analista na transferência, tal como foi descrito acima. É a posição do analista, na transferência, que permite o desenrolar, por exemplo, da análise de um paciente paranóico¹².

Dessa posição decorre o segundo argumento a ser desenvolvido: a noção da paranóia como fenômeno de linguagem e um modo de abordar o delírio. Lacan, na parte

11. Ou qualquer outra posição em que se encarne um ideal, tal como Pommier (1998) descreve a posição do analista, na transferência, com a clínica das psicoses.

12. A questão primordial passa por um saber do analista, a respeito do ponto de vista teórico, de como se posicionar na transferência, sem dizer nada de especial a respeito. “A posição da transferência necessita de tal saber” (Pommier, 1997, p. 38).

final de seu Seminário 3, denominado *As psicoses*, retoma a discussão acerca das estruturas clínicas como fenômenos de linguagem. No caso específico da paranóia, afirma-se que, por não ter havido a substituição do significante Desejo-da-Mãe pelo significante Nome-do-Pai, por não ter ocorrido um acesso à significação fálica e, desse modo, o paranóico estruturar-se, do ponto de vista da sua subjetividade, a partir de uma certa posição de exterioridade frente ao registro do simbólico, o sujeito paranóico se concentra somente no significante.

“Pode-se crer que, numa psicose, tudo está ali no significante. Tudo tem o ar de estar ali. (...) Eu não sei o total, mas não é impossível que se chegue a determinar o número mínimo de pontos de ligação fundamentais entre o significante e o significado necessários para que um ser humano seja dito normal, e que, quando eles não estão estabelecidos, ou afrouxam, produzem o psicótico” (Lacan, 1955-1956, p. 304).

No entanto, Colette Soler, nesse ponto específico, formula a seguinte questão:

“Será possível dizermos, por exemplo, que o significante representa Schreber em seu delírio?” (Soler, 2007, p. 64).

Sua resposta é negativa. Aí reside uma precisão teórica importante, visto que há elementos para discernir melhor a estrutura do delírio de Schreber, de modo a possibilitar a localização do sujeito nessa mesma estrutura. Seguindo a lógica do comentário de Soler, o significante representaria antes Deus, como o significante primordial, S_1 . Ao lado de Schreber, em seu delírio, ele se localiza desde duas perspectivas. A primeira delas condiz com a incessante tarefa de completar as frases interrompidas que lhe são dirigidas, sem qualquer descanso. Diante do Outro absoluto, não barrado, Schreber viu-se compelido a complementar as significações. As vozes convergem para Schreber, o que permite afirmar, conforme Soler, que as

“vozes representam Deus para um outro significante, do qual Schreber faz as vezes, em sua recepção paciente, sistemática e automática de todas as vozes, que ele completa com a significação delas” (Soler, 2007, p. 64).

Schreber esteve, a todo custo, respondendo a Deus.

Esse ponto abre um desdobramento importante: é a posição de Schreber que faz com que Deus exerça seu gozo. Schreber, ao situar-se como o significante em relação ao qual suas vozes representam Deus, estabelece uma conjunção entre ambos — Schreber e Deus —, conjunção que sustenta uma relação correlata entre Deus e sua atividade

pensante. É nesse sentido que Schreber realiza uma espécie de coito com Deus, ao assegurar um gozo divino, mas também se põe como dejetos, no momento em que a conjunção é dissolvida. Decorre desse fato a idéia do fora-do-discurso schreberiano:

“O significante não representa o sujeito e não há barreira para o gozo, e, entre Deus e Schreber, quase poderíamos evocar uma relação sexual (...)” (Soler, 2007, p. 65).

O argumento apresentado por Soler contradiz aquilo que Lacan afirmou: que tudo, na paranóia, localiza-se no significante? De certo modo sim, na medida em que Lacan não diferenciou, ao menos na passagem citada acima, os elementos que compõem o delírio. Há algo dele que representa Deus, o Outro absoluto, mas há também os efeitos de significação, as vozes que iniciam uma frase e que convocam o árduo trabalho de Schreber para completá-las. É nesse segundo ponto que é possível localizar o sujeito no significante, conforme as próprias palavras de Soler, na medida em que as vozes remetem a outros significantes. É nesses outros significantes que se localiza o sujeito.

Desse modo, e à guisa de conclusão deste tópico, é possível realizar um desdobramento importante acerca do manejo da transferência na paranóia. Conforme Lacan, secretariar o alienado significa sustentar os significantes na transferência, de modo a não interpretá-los e tampouco remeter o sujeito à impossibilidade simbólica, visto que não se constituiu, na paranóia, o eixo da separação. A pergunta pertinente a fazer é: como abordar o delírio na transferência?

Colette Soler (2007) afirma em relação à paranóia, baseada no Seminário 11, *Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*, que o sujeito paranóico submeteu-se à operação da alienação, tendo em vista sua identificação simbólica presente no primeiro tempo do Édipo — identificação que lhe permitiu, inclusive, realizar o ato psíquico do narcisismo primário. Contudo, em função da forclusão do Nome-do-Pai, ele não se inscreveu à operação denominada separação. Trata-se da oposição entre neurose e psicose, estando a primeira inscrita em uma ordem discursiva, atravessada pelo registro do simbólico, no qual as duas operações referidas de causação do sujeito se fazem presentes. Na paranóia, há somente a alienação — o que localiza o sujeito paranóico em uma posição de exterioridade à lógica discursiva.

O trocadilho *En quete d'un sujet, Enquête d'un sujet*¹³ oferece uma imagem interessante. Realizar uma busca do sujeito, pesquisar o sujeito diante de uma situação de crise. Nesse contexto, atesta-se o valor de perguntas do tipo: qual foi o evento desencadeante do surto? Qual foi a produção delirante ao longo do surto? O que lhe permitiu sair do surto? Como permanecer à borda da loucura, sem despencar no abismo da psicose?

A título de recordação, para favorecer ao leitor um apoio à continuidade de sua leitura, voltamos aqui à questão que pretendemos trabalhar a partir dos recortes clínicos.

Ao retomar a concepção do manejo da transferência na paranóia, pretendemos teorizar os tempos presentes na direção de tratamento do AT, tendo em vista verificar as etapas entre a indicação de uma demanda vinda de um outro até a instalação do dispositivo de tratamento. Buscaremos teorizar essa clínica em conformidade com as distintas etapas de dissolução do imaginário, ao longo de uma crise e também da reestruturação do paciente, sempre respeitando a posição ética inaugurada por Freud em face da escuta do delírio. O que pretendemos problematizar a seguir é a hipótese de que o acompanhante terapêutico maneja a transferência ao incluir, nesse movimento, não somente palavras ou silêncios, mas principalmente a introdução de alternância entre presença e ausência. Essa introdução adquire, em certas circunstâncias, um efeito importante para a condução do tratamento. É importante pensar as estratégias¹⁴ de

13. Em busca de um sujeito, Pesquisa de um sujeito.

14. Lacan, em *Direção do tratamento e os princípios de seu poder*, de 1958, propõe, segundo suas próprias palavras, colocar o analista na berlinda, problematizar a ação do analista de acordo com sua proposta de retorno a Freud. Mais uma vez, ressurgiu o debate entre sua posição acerca dos psicanalistas da Escola Inglesa e os psicanalistas fundadores da corrente denominada psicanálise do ego, amplamente difundida nos Estados Unidos da América. Lacan, ao problematizar os princípios do poder de uma análise, defende a idéia de que o analista se depara com a política, a estratégia e a tática. A política da psicanálise, de forma bem sucinta, define-se a partir da ética da psicanálise — na medida em que a política é sustentada pela ética do desejo, ou do sujeito do inconsciente, o que exige, por parte de um analista, situar-se ao lado da falta-a-ser, em vez de priorizar a construção de um ego mais fortalecido, ao menos na neurose, como critério para a direção do tratamento psicanalítico. A estratégia, também atrelada à falta-a-ser do analista, é comparada ao lugar de morto que o participante de um jogo de *bridge* ocupa, no momento em que se inicia uma rodada e em que suas cartas são apresentadas à mesa. O lugar de morto, ao se tratar da transferência em uma análise, consiste em um analista posicionado ao lado da falta-a-ser, pois assim é possível suportar o lugar que lhe é dado na transferência, ao ter inclusive, um analista, ter de pagar esse preço. No que se refere à política e à estratégia, Lacan afirma que o analista não possui liberdade para modificá-la. Com relação à tática, é possível considerar que algo do estilo do analista, de acordo com sua singularidade, possa estar

manejo da transferência nessa clínica. A política, a estratégia e a tática no AT: é o que se pretende teorizar a partir das vinhetas clínicas.

Por fim, interessa também situar os tempos no AT conforme as instâncias psíquicas denominadas narcisismo primário, ou eu ideal, ou estágio do espelho e o ideal do eu que, no caso da paranóia, é absoluto ou não barrado. Foi visto que o uso da topologia¹⁵ na neurose — mais precisamente da banda de Moebius — anima a estrutura, de modo a balizar o movimento de uma análise entre o eu ideal e o ideal do eu (mas que pode ser compreendido como o ideal do Outro barrado). O tratamento analítico na neurose se situa entre as referidas instâncias psíquicas. Em relação à clínica da paranóia, é possível situá-la entre o narcisismo primário e o ideal do eu, mantendo, é claro, a especificidade do ideal do eu — não-barrado — nesse modo específico de estruturação subjetiva.

As vinhetas clínicas apontam para essa mesma direção, de modo a determinar, inclusive, os tempos na direção de tratamento no AT, que se inicia no momento em que um paciente se encontra conforme aquilo que Freud denominou como neurose narcísica, momento no qual a libido está direcionada para o eu do paciente, até a possibilidade de estabelecimento da transferência analítica (ou o redirecionamento da libido a um objeto), de modo a propiciar a instalação do dispositivo de tratamento.

presente, desde que a tática esteja em conformidade com a política e a estratégia. Como foi visto, o problema do manejo da transferência na paranóia também se situa ao lado da falta-a-ser, uma vez que o lugar de vazio sugerido para operar a transferência na paranóia, consiste, também, em não responder desde uma posição especular, tal como já vimos.

15. O esquema I — o esquema que esmiúça o delírio de Schreber — tem uma semelhança com o Esquema R, visto que em ambos há o campo da realidade delimitado pelas instâncias denominadas eu ideal e o ideal do eu. Na paranóia, o ideal do eu não é barrado, o que faz com que o campo da realidade se constitua a partir de assíndotas que tendem ao infinito. Em comunicação oral, António Quinet afirmou que a semelhança entre os dois esquemas poderia sugerir a idéia de o campo da realidade, na paranóia, ser também concebida em termos topológicos, tal como Lacan o fez na neurose, ao lançar mão da figura denominada banda de Moebius. Contudo, fica aqui uma pergunta: seria possível formar uma figura topológica com o campo da realidade na paranóia? Conforme António Quinet, essa questão ainda permanece aberta...

4.2. Caso Emerson¹⁶ – ou o não querer saber de tratamento algum...

Emerson vivia sozinho em seu apartamento e não permitia a entrada de pessoa alguma. As paredes compunham uma proteção, um invólucro, confinando-o em um isolamento intenso. De tempos em tempos, sobrevinha-lhe uma crise, que variava conforme seu delírio, mas que resultou, algumas vezes, em uma destruição completa dos móveis de sua casa.

Assim como não permitia a entrada de quem quer que fosse em seu território, ele tampouco tomava os medicamentos. Passada sua última crise, ainda internado em uma clínica psiquiátrica, deparou-se com o seguinte impasse: ou permanecia ali ou teria de suportar a presença de um acompanhante terapêutico para lhe dar os medicamentos necessários, ao menos nos cinco dias úteis da semana. Essa era a condição de seu psiquiatra para autorizar sua saída da clínica. Uma condição imposta pelo outro, cujo manejo não lhe oferecia muitas alternativas. Um outro lhe era insuportável, mas permanecer em uma clínica psiquiátrica parecia ser um sacrifício ainda maior. Após relutar um tanto, Emerson concordou com a possibilidade de ter, diariamente, um acompanhante terapêutico para lhe dar os medicamentos em seu apartamento. A estratégia deu certo... Foi possível estabelecer um acordo em que se assegurava a entrada do acompanhante terapêutico para viabilizar um tratamento possível.

O dia da apresentação do acompanhante terapêutico ao paciente, na clínica psiquiátrica, ocorreu conforme o esperado. Emerson foi taxativo: “Você vai me dar o remédio e depois vai embora! Eu não quero saber dessa história de ter alguém me enchendo o saco”. Por sua vez, o acompanhante terapêutico acatou as palavras dele, certo de que haveria ainda um tempo prévio importante para que sua presença deixasse de ser algo aterrador, visto que o outro, para o paciente em questão, naquele momento, ainda se apresentava como um objeto ameaçador. Foi estabelecido o acordo entre o psiquiatra, o paciente e o acompanhante terapêutico, o que permitiu a definição de um horário e o início do tratamento.

16. Nome fictício.

Dia após dia, semana após semana, o acompanhante terapêutico tocava pontualmente o interfone do apartamento de Emerson para lhe dar os remédios indicados. O ritual parecia ser sempre o mesmo... A porta da cozinha se abria, e Emerson, desconfiado, abria somente uma fresta que possibilitava ao acompanhante terapêutico lhe dar os remédios. Emerson delimitava a fronteira de seu território. Era como um aviso: “Não entre aqui!” Não obstante, a ênfase dada não recaía exatamente sobre a proibição, sobre o limite, mas sim sobre a abertura que ele oferecia, o que legitimava uma aposta no sujeito.

Depois de algumas semanas, Emerson passou a abrir a porta da cozinha por completo, oferecendo uma oportunidade que o trabalho do acompanhante terapêutico se efetivasse, de modo a ocupar um lugar no dispositivo de tratamento. A abertura oferecida por Emerson não foi imediatamente aproveitada; o acompanhante terapêutico esperou de Emerson um convite para entrar em seu apartamento.

Os ATs passaram a durar algo mais que dois minutos, apesar de ainda terem um tempo variável, sempre menor que uma hora. Quanto ao contrato de trabalho realizado com a família, ficou estabelecido que o pagamento ao acompanhante terapêutico seria feito a partir do valor de uma hora cheia de trabalho. Nessas primeiras semanas, ocorreu a recusa do paciente de trabalhar todo o tempo disponível. A disponibilidade do acompanhante terapêutico em estar ali mais tempo estava explicitada, porém era sempre recusada pelo sujeito, visto que era ele que estabelecia o tempo de duração dos ATs.

E assim ocorreu. Certo dia, Emerson sugeriu ao acompanhante terapêutico que ele entrasse em seu apartamento. Como um guia turístico, mostrou seu quarto, o banheiro, um outro quarto que estava desprovido de móveis, enfim, dirigiu um *tour* completo. Por fim, ele realizou um pedido: “Você me ajuda a arrumar meu armário?” Foi nesse momento que o acompanhante terapêutico respondeu: “Olhe, você sabe, eu posso ficar aqui com você durante uma hora. A decisão é sua”. Nesse mesmo dia, ele convidou o acompanhante terapêutico para fumar um cigarro no sofá da sala, um sofá de dois lugares, onde ambos se instalaram e ali permaneceram, calados. Depois de alguns minutos, Emerson se voltou para o acompanhante terapêutico e disse: “Gruda sua perna na minha, vamos balançar juntos... Vamos casar?”

O recorte clínico acima descreve, passo a passo, o movimento do paciente em relação ao acompanhante terapêutico, enquanto saía de uma posição narcísica, tal como Freud descreve em sua análise do caso Schreber, no qual a libido estava direcionada ao próprio eu. O que Freud denominou como impossibilidade de estabelecimento da transferência na paranóia pode ser comparado ao momento inicial do tratamento de Emerson. Contudo, a recusa de Emerson a suportar uma proximidade e o decorrente delírio de persecutoriedade lentamente cedeu espaço ao estabelecimento da transferência que, tal como foi visto, na paranóia, assume o estatuto de simbiose. A libido de Emerson, tempos depois, passou a ser direcionada ao objeto acompanhante terapêutico.

A hipótese aqui defendida é a de que a alternância entre presença e ausência introduzida no tratamento pelo acompanhante terapêutico foi suficiente para que Emerson estabelecesse uma transferência capaz de permitir o tratamento possível. A estratégia, por parte do acompanhante terapêutico e do psiquiatra, foi apostar na emergência de um sujeito, cuja estratégia assumida foi a de garantir que a referida alternância presença X ausência do acompanhante terapêutico pudesse ser efetivada. Não havia saída... Haveria de suportar um outro para sair da internação... Esse ponto foi decisivo, pois também abriu uma perspectiva importante para a teorização do AT nesse momento prévio de estabelecimento de uma transferência de tratamento: a idéia de que é necessário, na estratégia, assegurar condições mínimas de enquadre ou *setting* no AT — pois se manteve a determinação de um horário e local de encontro. Tal aspecto será mais bem discutido no próximo fragmento clínico.

De resto, não foram necessárias muitas palavras, pois o acompanhante terapêutico testemunhou o movimento do sujeito, o que resultou em condições prévias para o estabelecimento de uma transferência de tratamento. Foi importante, por parte do acompanhante terapêutico, suportar o tempo da loucura. De acordo com Pelbart¹⁷ (1993), o que marca a relação do tempo na loucura não é, em hipótese alguma, o tempo cronológico atravessado pela lógica capitalista, mas sim o tempo do devir humano —

17. Suas considerações baseiam-se em um artigo de Jean Oury, denominado “La temporalité dans la psychose”, publicado em Armando Verdigione (org.), *La folie dans la psychanalyse*. Paris: Payot, 1977.

caracterizado por outro regime de temporalidade. Se, de um lado, foi necessário estabelecer um contrato de trabalho com a família de Emerson, no qual a égide do *time is money* se fez presente, visto que a função exercida pelo acompanhante terapêutico se insere nessa mesma lógica mercadológica¹⁸, fez-se, de outro lado, importante sustentar que não haveria ali pressa, pois havia uma aposta em um sujeito com o qual algo precisaria ser construído desde que fossem respeitados o sujeito e o tempo da loucura.

“(...) Mas, mais profundamente, o psicótico situa-se numa espécie de ponto de horror, anterior mesmo a uma temporalidade, um ponto de parada, de suspensão, em que ainda não está configurada uma imagem do corpo, num estado de inacabamento radical, onde não há esquecimento nem surgimento. A idéia (...) é que deveríamos poder sustentar para os psicóticos um ponto que é ao mesmo tempo de esquecimento e de espera. (...) Deveríamos poder estar ali onde começa o tempo, e com ele a possibilidade de alguma forma, de alguma decisão, deixar jorrar o tempo para que possa surgir o bom momento de se fazer alguma coisa” (Pelbart, 1993, p. 35).

A construção de uma presença foi lenta e gradual, respeitou os movimentos de abertura do paciente e norteou o manejo da transferência. A presença que se alternava com a ausência, o silêncio, o desvio do olhar, enfim, aspectos importantes que permitiram ao paciente tornar o outro — aqui o acompanhante terapêutico — alguém que não fosse aterrorizador, alguém que não ressaltasse, em si mesmo, a faceta aterrorizante de um outro onisciente e absoluto. Ora, falava-se, há pouco, do paradoxo da transferência na clínica da paranóia *stricto sensu*, no caso uma presença esvaziada... O mesmo se passa com o acompanhante terapêutico nesse momento subjetivo de completa fragmentação do imaginário. É prudente que os movimentos do acompanhante terapêutico — sua presença, seu distanciamento, seu olhar — estabeleçam uma distância necessária para que o sujeito crie movimento próprio de aproximação, faça desse acontecimento algo suportável.

Por fim, vale comentar a indicação clínica a respeito do estabelecimento de uma transferência de tratamento. Evidentemente, a proposta de casamento feita por Emerson não se referia a uma escolha homossexual — afinal, a paranóia, conforme Lacan, não condiz com uma defesa da homossexualidade, mas sim com a idéia do empuxo à mulher, o de ser objeto de gozo do Outro. O paranóico reatualiza a posição da criança diante de sua mãe no primeiro tempo do Édipo, posição marcada por ser objeto de gozo do Outro.

18. Ora, é claro que a função do AT inscreve-se como uma forma de tratamento que, assim como todas as outras, merece o seu pagamento — questão ética que é posta como indiscutível.

É possível afirmar que o AT preenche uma lacuna importante na direção do tratamento da paranóia, mais precisamente entre o momento de eclosão de uma crise até o primeiro passo para a efetivação da instalação do dispositivo de tratamento — o estabelecimento de uma transferência favorável ao trabalho analítico. Nesse sentido, pode-se afirmar que a frase de Emerson: “Vamos casar” confirma a idéia de que a transferência erotizada se constituiu, conforme aquilo mesmo que Pommier comentava, e de que isso confirma, portanto, a condição prévia para a instalação do dispositivo de tratamento. Do pavoroso ao objeto de amor absoluto... De acordo com a idéia de Freud, a de que o contrário do amor não é o ódio, mas sim a indiferença, afirma-se que ambas as facetas, tanto a do outro aterrorizador como a do outro amado, adquirem o mesmo estatuto do vínculo entre a mãe e o bebê no primeiro tempo do Édipo. Vale lembrar o estatuto da função materna e sua intrusão no corpo do bebê — pela sua presença, inscreve-se o significante —, de modo a humanizar um pedaço de carne pela identificação com o traço unário e, portanto, com o registro do simbólico. Nesse tempo, é o outro que sabe o que ocorre no corpo do bebê...

Desse modo, é possível tecer um paralelo entre esse momento prévio de construção do dispositivo de tratamento e aquilo que Freud teorizou sobre o jogo do carretel, denominado como FORT-DA, apresentado no texto *Além do princípio do prazer* e já citado ao longo da argumentação teórica desta tese. A criança, para simbolizar a ausência da mãe, estabelece um jogo de linguagem para justamente simbolizar a falta — a falta que se inscreve a partir de uma presença estabelecida anteriormente. Ora, o AT serve como uma rica estratégia para o estabelecimento de uma transferência favorável ao tratamento conforme a mesma lógica descrita no referido jogo. Para que a faceta do amor incondicional se sobressaia diante do ódio, é necessário que se crie, na estratégia, condições para que a alternância presença X ausência se estabeleça, pois somente assim será possível uma autorização do sujeito, na transferência, para a instalação do dispositivo de tratamento.

4.3. Caso Beto¹⁹ — ou a rua como espaço transicional

Apresentaremos um fragmento de caso que permitiu corroborar a hipótese de que a mobilidade do *setting* ou enquadre do acompanhamento terapêutico aponta para situações concretas, tais como a rua, o carro do acompanhante terapêutico, a residência do próprio paciente, enfim, objetos intermediários ou transicionais²⁰ favoráveis à emergência do sujeito psicótico, capazes de favorecer a construção do vínculo transferencial. A noção de objeto transicional remete à idéia de algum objeto material que tem para o bebê e mesmo para a criança um valor próprio, pertinente para a transição fundamental entre a relação oral com a mãe e posteriores relações de objeto. Em certas circunstâncias clínicas, tais como as psicoses, adolescentes em crise ou em certos casos onde se nota uma resistência grande ao tratamento, é válido lançar mão de algum objeto intermediário, que assuma o estatuto de facilitador do manejo da transferência, de modo a torná-la mais favorável ao tratamento. O recorte aqui proposto pretende aprofundar a discussão sobre *setting* ou enquadre, de sorte a ilustrar a idéia de que a clínica do AT tem, em sua especificidade, uma definição importante de *setting* ou enquadre, ao incluir, nessa discussão, o uso de objetos intermediários.

Apresentamos Beto, um rapaz de 20 anos que passava por dificuldades emocionais²¹ e que, em um momento de crise, procurou um acompanhante terapêutico para realizar uma pesquisa de interesse pessoal. O AT foi indicado por seu analista, que sugeriu essa intervenção clínica por acreditar que, assim, Beto poderia intensificar o próprio engajamento no tratamento, já que se encontrava reticente em sua adesão.

Desde o início dos ATs, Beto apresentava uma ambigüidade em relação à proposta de trabalho, já que em seu pedido de ajuda havia um interesse, mas também uma repulsa

19. Nome fictício.

20. A breve definição de objeto transicional apresentada foi extraída do *Dicionário de psicanálise*, elaborado por Elisabeth Roudinesco e Michel Plon. No entanto, para um maior aprofundamento do conceito, recomendamos a leitura dos textos “Desenvolvimento emocional primitivo” (1945) e “Objetos transicionais e fenômenos transicionais” (1951) de Winnicott, que constam em D. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise*. Porto Alegre: Imago, 2000.

21. Esse caso apresentou uma incerteza quanto ao diagnóstico psicanalítico. Mesmo assim, ele é interessante para problematizar a noção de enquadre ou *setting* no AT.

a qualquer tentativa de aproximação. Ele deixou uma mensagem na secretária eletrônica do consultório: “Venho da parte do meu analista. Gostaria de marcar um horário para saber mais sobre acompanhamento terapêutico. (...)” Foram acertados um dia e horário. O acompanhante terapêutico chegou ao apartamento de Beto e ele já o esperava na calçada. Desconfiado de que aquela pessoa na calçada era Beto, o acompanhante terapêutico não o abordou diretamente... É melhor ir pelas bordas... Tocou o interfone: “Por favor, Beto está?” “Olha, ele saiu.” Durante este breve diálogo, foi possível observar pelo reflexo no vidro, com o rabo de olho, a movimentação do rapaz que estava ali. Era ele, Beto, que escutou a conversa e de imediato se voltou para o acompanhante terapêutico: “Ei, você! Eu sou o Beto”.

Nesse primeiro encontro, realizou-se um acordo de trabalho. A frequência estabelecida era de duas vezes por semana, com uma hora de duração. Ambos iam investigar o material existente de interesse de Beto. Ele afirmara que gostaria de ir mais a fundo nessa pesquisa, mas se deparava com dificuldades. (E quais seriam?) Foi enfático ao circunscrever o acompanhamento terapêutico somente para a questão da pesquisa: “Eu não quero conversar. Não gosto de me abrir e falar das minhas viagens. É só para fazer essa pesquisa”.

No AT seguinte, Beto não aceitou realizar a pesquisa. Disse que queria ver o jogo do Guga pela televisão e que não havia a menor chance de ele e o acompanhante terapêutico saírem para pesquisar. O acompanhante terapêutico insistiu na necessidade de realizar o segundo encontro da semana e então sugeriu um novo horário para o dia seguinte.

Novamente ao interfone: “Ele não está”. Nesse ínterim, o acompanhante terapêutico aguardou um tempo na calçada, pois apostava na instalação do dispositivo de tratamento, ou seja, sustentava uma presença como possibilidade de ocorrência da transferência. Depois de meia hora viu Beto vindo pela rua. Parecia bastante irritado e entrou imediatamente no prédio. Pelo telefone celular, ocorreu o seguinte diálogo: “Olha, não estou com o menor saco para pesquisa. O que você está fazendo aí?” Foi quando o acompanhante terapêutico respondeu: “Sou pago para te oferecer dois horários de acompanhamento terapêutico. Eu vou ficar na calçada, nos dias e horários combinados.

Se você quiser, saberá onde me encontrar”. E do outro lado da linha: “Que absurdo!!! Não quero saber de você! Vai embora! E volte na segunda-feira”.

Nos ATs subseqüentes, Beto transitava entre esses dois pólos. Em alguns momentos, parecia ter aderido à proposta e interessado em realizar sua pesquisa, em outras circunstâncias, dava mostras de repulsa a qualquer tentativa de aproximação. O encontro poderia não ocorrer, mas mesmo em sua ausência, nos desencontros provocados, algo da presença do acompanhante terapêutico permanecia. Desde o início, os telefones celulares se mostraram como importantes objetos intermediários. Com o passar do tempo, os ATs começaram a ocorrer quase regularmente, sem furo da parte de Beto, pois ele sabia que nos dois horários estipulados durante a semana havia um compromisso entre ele e o acompanhante terapêutico. O local do encontro não era determinado. Ora o AT se fazia na casa de Beto, ora na rua ou no barzinho, espaços delimitados dentro de um bairro de São Paulo, SP. Quando se aproximava o horário combinado, um telefonava para o outro e acertavam como seria o AT do dia.

O que dessa experiência podemos deduzir? Como pensar a questão do enquadre nesse fragmento clínico? Vejamos o que Fulgêncio Jr. (1991) escreve:

“O *setting* é uma garantia e uma necessidade para a realização do trabalho. Na prática do acompanhante, é evidente que o *setting* não está colado ao espaço físico: onde quer que esteja terapeuta-paciente, o *setting* está presente. A esta presença que percorre o espaço físico, a este campo denominou-se **setting ambulante**” (Fulgêncio Jr., 1991, p. 234).

Em outro texto, escrito por Cenamo *et alii* (1991), encontramos a idéia de que o enquadre clínico e a função do acompanhante terapêutico se definem a partir de determinada tarefa.

A noção de *setting ambulante* traz uma mobilidade em duplo sentido. Mobilidade quanto à própria característica do trabalho de AT, pois afinal, trata-se de uma clínica de circulação. Acompanhante terapêutico e paciente puderam escolher e percorrer caminhos... na cidade e, assim, abriu-se o campo para a transferência se instalar. Mas a idéia de mobilidade está também presente nas possíveis transformações que o próprio *setting* pode sofrer, de acordo com as redefinições de direção do tratamento. Logo, a definição de enquadre em função de uma determinada tarefa é pertinente.

Vimos que a definição de *setting* dentro do acompanhamento terapêutico depende da tarefa. Há algo que se fixa no enquadre, no caso, a determinação de horário e frequência. É claro que cada caso tem um modo peculiar de estabelecimento do enquadre. No entanto, acreditamos que é essa a condição fundamental para o acolhimento do sujeito, uma vez que é dada a condição para propiciar o jogo presença/ausência que tanto lhe falta e, portanto, o campo possível para o manejo da transferência e seus cálculos. No caso relatado, fica clara a pertinência dessa estratégia de instalação do dispositivo terapêutico, já que a disponibilidade do acompanhante terapêutico de ir de encontro ao paciente implicou o sujeito a lidar com sua ambigüidade, seu pedido de ajuda e uma recusa. Do ponto de vista do acompanhante terapêutico, houve uma aposta nos recursos disponíveis do paciente, aposta sustentada *in locu*. Por fim, ressaltamos que aí está a riqueza desse dispositivo, uma vez que ocorreu, nesse caso, um acolhimento efetivo do sujeito. Seria possível a realização dessa tarefa, se o acompanhante terapêutico estivesse imbuído de uma concepção de *setting* tradicional? Será que não é o caso de concordar com o dito: se Maomé não vai à montanha, a montanha vai a Maomé?

4.4. Caso João²² — o AT como *persona grata*: ou a transferência pertinente para a instalação do dispositivo de tratamento

O fragmento clínico a seguir ilustrará a instalação do dispositivo de tratamento, calcado, mais uma vez, na comparação entre a criação do dispositivo de tratamento na neurose e a especificidade de sua criação na clínica da paranóia. Esse recorte clínico, oriundo da clínica do AT, demonstra que o manejo da transferência para a construção do dispositivo de tratamento se deu no momento em que acompanhado e acompanhante terapêutico caminhavam pelos quarteirões de um bairro da cidade de São Paulo. A especificidade desse caso, ou seja, a resistência de João a qualquer tipo de tratamento institucional, salientou, mais uma vez, a pertinência do AT como estratégia para a instalação do dispositivo de tratamento.

22. Nome fictício.

João, que outrora era resistente a se tratar, que tinha seus antigos acompanhantes terapêuticos como amigos “psicológicos”²³ que não lhe perfuravam a mente, tomou aversão a qualquer oferta de tratamento que lhe fosse apresentada. O impasse estava dado: era possível ter acompanhantes terapêuticos, desde que não se caracterizasse um tratamento. Um acompanhante terapêutico lhe serviria como um bom companheiro. Nada mais.

João, um senhor que beirava os 50 anos, apresentou-se como um tipo bem peculiar. Usava um paletó de linho branco, chapéu de palha que, segundo ele, era um chapéu do Panamá, bigodes vistosos, anéis em quase todos os dedos das duas mãos.

Seu primeiro surto ocorreu na adolescência e, desde então, passou a viver uma história clínica de internações. Era sozinho, não tinha família e morava em uma pensão, onde dispunha de um quarto só para si. Fazia as refeições em um bar, no mesmo quarteirão de sua moradia, quarteirão no qual se sentia acolhido pela cidade de São Paulo. Sofreu um processo de interdição, movido pela própria mãe, de modo que lhe foi proibido administrar seus bens materiais. O Estado nomeou uma curadora para fazer a administração deles.

Ele dizia: “O acompanhamento é muito simples, você não terá nenhum trabalho. Você vem aqui, de carro, me pega para passear, você me ajuda com as roupas, porque ir até a lavanderia sozinho é difícil, me leva ao psiquiatra para tomar injeção... Não, no psiquiatra eu posso ir sozinho, não vou te engolir agora!”. Sua explicação chamou a atenção. O que ela quer dizer? Algo como sua contribuição para se manter estável, ao assumir sua responsabilidade quanto ao uso da medicação. A frase “no psiquiatra eu posso ir sozinho, não vou te engolir agora!”, sugere um primeiro ponto de partida para seu projeto terapêutico, no caso, sustentar seus recursos para que ele próprio vá ao psiquiatra. De fato, ele ia sozinho ao ambulatório tomar sua medicação.

23. Aqui se trata de um neologismo, uma vez que o sentido atribuído por João à palavra psicológico condiz com a idéia de que psicológico é aquele que o respeita, que não o atravessa com um olhar perfurante que lhe cause “assistite”. “Assistite” também é um neologismo que será retomado ao longo da apresentação desse fragmento clínico. Vale retomar a idéia de que na psicose é freqüente a presença de neologismos, no caso, a invenção de novas palavras ou então a atribuição de sentidos inexistentes a palavras já conhecidas. O caso João é riquíssimo em neologismos, tal como o leitor poderá constatar.

O que mais chamou a atenção foi a frase: “Não vou te engolir agora!” Já havia um lugar na transferência, um objeto passível de ser devorado, degustado, mastigado... Conhecemos, desde Freud, o caráter erótico atribuído à idéia de devorar o outro, de incorporar o outro a si. Desde o início do AT, João deu fortes indicativos de que a transferência de tratamento estava estabelecida. No carro, diante do acompanhante terapêutico, fazia gracejos infantis que destoavam da figura que ele mesmo compunha. Dizia que o seu “atezinho” era muito bonitinho, assim como ele, que também era um patinho muito engraçadinho... e dava risada! Expressões curiosas que denunciavam aquilo que se afirmou como uma transferência erotizada, favorável à instalação do dispositivo de tratamento.

João conquistou um apartamento na cidade de São Paulo. No entanto, vivia às escondidas. Saía pouco do quarto, tinha muito medo das pessoas. Trata-se de uma situação paradoxal, pois seus recursos lhe possibilitaram um acolhimento raro em uma metrópole, acolhimento que se apresenta em duas faces: uma referência, um lugar e, em contrapartida, uma ameaça, um temor. João dizia que sua vida iria melhorar, caso mudasse de pensão e de bar e, diversas vezes, solicitou a ajuda do acompanhante terapêutico para essas mudanças. O que fazer? Em vez de procurar um novo apartamento, foi-lhe ofertada a escuta analítica, para que a estabilização pudesse acontecer nesse mesmo espaço da cidade. Os tempos prévios à instalação do dispositivo de tratamento, diante de um caso em que a faceta do aterrorizador se sobrepunha à faceta do amor, não se fazia presente nesse caso. A questão que estava posta era a de que não lhe interessava submeter-se a qualquer tipo de tratamento, mas, curiosamente, as condições para uma investigação do sujeito diante da borda da loucura estavam ali presentes, explícitas, prontas para ser aproveitadas.

Rapidamente o trabalho de investigação sobre si, sobre suas experiências de internação, sobre sua posição diante dos outros, sobre suas lembranças de sua mãe, enfim, pontos importantes foram sendo ditos com tamanha desenvoltura que o acompanhante terapêutico chegou a sentir um estranhamento.

João dizia que, na infância, tinha uma relação “tensiolítica” com a mãe, já que ela lhe dava proteção, mas, ao mesmo tempo, o oprimia. Falava também da “assistite”, cuja

tradução se dava pela decomposição dessa palavra entre o sufixo *ite*, como equivalente de doença ou inflamação, e o verbo assistir, que consistia em ser assistido pelo outro. “Assistite”, portanto, consistia em ser assistido pelo outro de modo inflamado, o que, segundo ele, ilustrava o fato de as pessoas não “psicológicas” serem perfurantes com ele, ou, no mínimo, desrespeitadoras. Bela descrição de paranóia.

A respeito do uso de tantos anéis, havia ali um detalhe que chamava a atenção. Todos eles eram bastante espalhafatosos, grandes, coloridos. Uns, inclusive, foram feitos pelo próprio João, com arames e miçangas. No entanto, havia um, na mão esquerda, que destoava por completo dos demais. Era um anel discreto, que mais parecia uma aliança. Perguntado sobre esse anel, João afirmou que ele tinha uma serventia especial... servia para espantar as moças, para que elas notassem que ele era um homem compromissado. Essa estratégia o protegeria de um suposto interesse de uma moça por ele, já que não lhe era possível sentir tesão. “É muito perigoso sentir tesão, porque o tesão que aparece na frente pode ir para trás.”

João também dizia que a vida era decomposta entre vida “cívica” e vida “psiquiátrica”. A vida “cívica” era a vida do bar, onde tomava as refeições, a vida na pensão que habitava, suas idas constantes ao escritório de advocacia de sua curadora. Vale ressaltar que ele não tinha mais família, o que resultou na necessidade de o Estado nomear um curador para administrar seu dinheiro, bem como a criação (por parte da própria curadora) e sustentação de uma montagem institucional composta por acompanhantes terapêuticos, um psiquiatra da rede pública, a própria curadora e, por que não, mesmo sem ter a menor noção de que isso acontecia, a dona da pensão e o gerente do bar. Mas havia também a vida “psiquiátrica”, descrita por ele como momentos de férias da vida “cívica”, ou seja, os momentos de internação, depois que ele era acometido por surtos psicóticos. Perguntado acerca do surgimento de seus surtos, dizia que os primeiros sinais eram o medo que os outros lhe causavam e que, justamente por esse medo, percebia que todos os que o cercavam queriam perfurá-lo, atravessá-lo... Os outros se tornavam deveras ameaçadores.

Certo dia, João foi interrogado, mais uma vez, sobre o sentido da palavra “assistite”. Ele retomou a idéia de que ela ocorria em função dos outros que o

ridicularizavam e que seus primeiros sinais consistiam em uma queimação no estômago. Foi nesse momento que o acompanhante terapêutico perguntou se ele era capaz de inventar uma palavra ou uma frase que contivesse a palavra “assistite”, para que ele pudesse ficar mais tranqüilamente no bar, sem se sentir tão acuado pelas chacotas das pessoas que o cercavam. João tomou para si essa oferta de trabalho... Ficou tocado pela idéia de que poderia, por si mesmo, debruçar-se sobre uma criação em que a vida “cívica” pudesse se tornar menos persecutória.

Tempos depois, João e o acompanhante terapêutico foram a um bar que freqüentavam, cujo nome é Catito. No carro cantarolava: “Catito, Catito, Catito mio. Pedaco de cielo que Dios me dio. Bendito, bendito, bendito la suerte, Bendito la suerte de ser tu amor”. Uma mistura de português com espanhol, uma canção que mantinha o caráter erótico da transferência... Sentados à mesa, João se surpreendeu com as palavras do acompanhante terapêutico, que explicitou o fato de que adorava as palavras inventadas por ele para explicar o que lhe ocorria, e que estranhava o fato de ele não querer se submeter a um tratamento, já que as conversas que tiveram até aquele momento, nas redondezas da pensão, eram próprias de um tratamento... “Psíquico!”, ele complementou. E, em seguida, afirmou que aquelas conversas estavam lhe fazendo bem, que eram distintas das que travara com antigos psiquiatras e que, se aquilo era psicoterapia, valeria a pena continuar.

O uso da palavra psicoterapia feito por João, evidentemente, não pretendia realizar uma distinção entre o alcance terapêutico determinado pelas abordagens psicológicas e o alcance analítico oriundo da psicanálise. A ênfase dada nesse recorte afina-se com a idéia da instalação do dispositivo de tratamento. No entanto, há também outro aspecto importante a abordar: a articulação entre a instalação do dispositivo de tratamento com o procedimento olhar em rede, uma vez que a estratégia do acompanhante terapêutico, nesse caso específico, precipitou a criação daquilo que João denominou como psicoterapia e, conseqüentemente, o enriquecimento da montagem institucional de seu tratamento. O procedimento do olhar em rede será discutido mais adiante, a partir do caso Angelina, já que essa experiência clínica é pertinente para teorizar certos aspectos dessa proposta. Contudo, em nossa discussão, o caso João será retomado, devido a sua riqueza

na ilustração de determinado aspecto do AT: a pertinência desse procedimento no momento em que um acompanhante terapêutico autônomo, descolado de uma equipe de tratamento constituída *a priori*, toma como parte do projeto terapêutico o enriquecimento de uma montagem institucional de tratamento.

O manejo da transferência, por parte do acompanhante terapêutico, foi o de realizar a pesquisa, a busca de um sujeito que pudesse lhe dar um contorno possível ao retorno do real, próprio da crise psicótica, sem dar nomes aos bois. Não lhe foi indicada, *a priori*, uma investigação psicanalítica, mas a referida investigação ocorreu sem que João tivesse ciência de que se tratava, de fato, do modo como Lacan formulou o manejo da transferência para o tratamento possível das psicoses – sustentar os significantes, secretariar o alienado na busca de significantes que pudessem barrar o retorno do real, daquilo que não se submeteu à simbolização.

Mesmo assim, uma questão permanece suspensa... Como teorizar a instalação do dispositivo de tratamento na paranóia? Quais são os elementos presentes na teorização da criação de seu dispositivo de tratamento? Há distinção entre a neurose e a paranóia nesse quesito?

Propomos, portanto, retomar alguns aspectos da teoria freudiana acerca da noção de sintoma — circunscrito, evidentemente, a um contexto psicanalítico e, portanto, sem o viés medico que Freud atribuía na época da hipnose — para descrever o modo como o sintoma favorece a construção do dispositivo de tratamento ou analítico na clínica da neurose. Tal digressão será pertinente, pois servirá de contraponto para as decorrentes teorizações acerca da construção do dispositivo de tratamento na paranóia, à luz do fragmento extraído e já exposto do caso João.

A noção de conflito psíquico aqui adotada, de início, condiz com a idéia de que há duas tendências opostas que buscam, entre si, um acordo entre as partes²⁴ ou, como Freud (1899) afirma, uma solução de compromisso. Apóia-se sobre uma metáfora interessante, no caso, a regra de soma de vetores oriunda da física de Isaac Newton. Para representar

24. Para essa discussão, sugerimos a leitura de Freud, *Sobre as lembranças encobridoras*, de 1899.

duas forças que tenham sentidos distintos e que estejam agindo sobre um mesmo objeto, propõe-se que as representações vetoriais dessas forças sejam colocadas sobre um mesmo ponto e que se trace uma reta paralela de um dos vetores a partir da extremidade de outro vetor e que se repita essa mesma operação com o outro vetor. A consequência dessas duas operações reside no encontro entre essas duas retas traçadas posteriormente, em outro ponto que não o do vértice presente no encontro das duas forças inicialmente representadas. A força resultante das duas forças pode ser representada, graficamente, a partir dos dois pontos estabelecidos nesse procedimento, no caso, o vértice inicial onde se colocaram as forças iniciais e o ponto presente entre o cruzamento das retas traçadas posteriormente. A representação dessa terceira força, denominada de força resultante, equivale à ação das duas primeiras forças existentes no sistema inicial.

Podemos pensar o conflito psíquico dessa mesma maneira. De um lado há uma pulsão sexual, de cunho inconsciente, que implica uma representação. De outro, existe a pulsão egóica ou de autoconservação (que nesse momento da teoria freudiana pode ser comparada com a moral), atrelada à consciência e que se verá ameaçada pela representação da pulsão sexual. Ora, o conflito se estabelece pela ação de duas forças que têm, entre si, destinos distintos. De um lado, a pulsão sexual almeja a satisfação; de outro, o objeto a ser eleito pela pulsão sexual ameaça a integridade egóica e, por consequência, estabelece-se o conflito. O sintoma é a consequência do conflito entre duas forças e pode ser descrito como um acordo entre a ação dessas mesmas forças. Há uma solução de compromisso — uma espécie de acordo entre as partes —, uma vez que o representante da pulsão sexual, no sintoma, torna-se desfigurado e seu retorno deixa de ameaçar a integridade egóica.

Desse modo, interrogamos o estatuto do sintoma na clínica psicanalítica²⁵ da neurose. Diferentemente da ética médica, em que o sintoma é pensado como um distúrbio que exige remoção (uma vez que se detecta sua etiologia e a ação incide na causa do sintoma para ser removido), o sintoma articulado à psicanálise assume outro estatuto. Aliás, e como já foi dito, Freud abandonou a teoria do trauma e a teoria da sedução —

25. O argumento que se segue é uma síntese de duas conferências introdutórias de Freud, também datadas de 1915-1916, cujos títulos são *O sentido do sintoma* e *Fixação ao trauma, o inconsciente*, conferências de número 17 e 18, respectivamente.

seu viés mecanicista do sintoma — para lhe conferir uma nova atribuição. O sintoma psicanalítico não é passível de ser removido, mas de ser interrogado.

A presença de alguém que sofre diante de um psicanalista não é algo trivial. Sabe-se que esse movimento, o de procurar uma análise, indica uma predisposição importante por parte desse candidato. Existem inúmeras formas de lidar com o sofrimento humano na nossa contemporaneidade, tais como a confissão a um padre, uma visita a um terreiro de umbanda, o convite feito a um amigo para tomar um chope, o uso de medicamentos ou até mesmo o uso de drogas ilícitas, livros de auto-ajuda, entre outros. Há várias possibilidades de se endereçar o sofrimento humano, e uma ida a um psicanalista é somente uma, dentre tantas. No entanto, marcar um horário para uma entrevista é uma atitude preciosa, que deve ser manejada com muito cuidado.

A instalação do dispositivo analítico não é algo dado *a priori*, mas construída pelo modo como um analista interroga o sintoma neurótico, visto aqui como equivalente do sofrimento psíquico²⁶. Freud sugere o termo neurose de transferência²⁷, em que uma neurose artificial é constituída, na transferência, a partir do sofrimento do candidato a uma análise. Aquele que sofre costuma responsabilizar os objetos da realidade como causadores do seu sofrimento. Estabelecer uma neurose de transferência significa realizar um giro, significa para o candidato à análise sair de uma posição de vítima pela dor que sente como causada pelos outros para outra posição, a de se responsabilizar pelo próprio sofrimento. A queixa se transforma em questão²⁸ endereçada ao analista. De seu lado, o analista sustenta uma “cara de paisagem”, faz semblante de saber, recebe o

26. António Quinet (1999) sugere um neologismo interessante para essa questão, a função “sintomal” do sintoma, na qual se aglutinam os significantes sintoma e a idéia de sinto-mal — o sofrimento humano que favorece a construção de uma demanda de análise. Quinet, em seu livro denominado *As 4+1 condições em análise* (Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005) também é bastante esclarecedor quanto ao tema dos elementos que compõem a técnica psicanalítica da clínica das neuroses, tais como: as funções das entrevistas preliminares, o uso do divã, o tempo na análise, o uso do dinheiro na análise e aquilo que se espera como produto final de uma análise.

27. Discussão presente nos artigos sobre a técnica psicanalítica, constantes do volume 12 das *Obras completas* de Freud, 1911-1915.

28. Freud sugere, no texto *Fixação ao trauma, o inconsciente* (1916), um modo interessante de interrogar o sintoma. Perguntas do tipo *desde quando, como assim*, são recomendáveis porque levam o candidato a análise a remeter-se às questões de sua própria novela familiar, ponto fundamental para a elaboração de uma questão analítica.

endereçamento da questão e, em contrapartida, pede ao analisante²⁹ para falar mais, discorrer mais sobre a pergunta que formulou... O acento recai, mais uma vez, em sustentar a descoberta fundamental da associação livre (que também acontece no momento do tratamento de ensaio ou entrevistas preliminares), no intuito de sustentar a posição ética da psicanálise, a de que é o próprio analisante quem vai encontrar as respostas para suas questões.

De acordo com Quinet (1999), a formulação do diagnóstico psicanalítico coincide com a construção do dispositivo analítico, o que, no caso da neurose, condiz com a transformação do sofrimento psíquico em questão de análise e com o lugar decorrente em que o candidato a análise situa o analista: como aquele que possui um saber sobre a dor. O neurótico tem dúvidas sobre a própria existência, dúvida que remete à própria divisão do sujeito, e endereça uma suposição de saber ao analista. Pode-se afirmar que o neurótico, sob o viés da dúvida, acaba por sustentar um dos paradoxos psicanalíticos, já que a construção do seu dispositivo passa pela crença de que o analista é detentor de uma verdade pessoal para ele, ao passo que, de fato, o que interessa em uma análise é a construção de um saber sobre si mesmo, saber que está ao lado do próprio analisante, mas que, no momento da formulação da questão analítica, ainda é um saber inconsciente. No momento da formulação da questão analítica o candidato a análise, inclusive, confronta-se com esse saber inconsciente. Tal confronto é importante, pois serve como uma espécie de mola propulsora para a manutenção da associação livre (que aliás, de livre não tem nada, uma vez que é determinada pelo inconsciente — mais um paradoxo da técnica psicanalítica).

Por fim, a oferta do divã coincide com esse momento de formulação da questão analítica. Sua oferta coincide com alguns pontos: há, por parte do analista, um consentimento de que ele será responsável pela condução dessa análise — consentimento que assume um estatuto de ato. Um analista, ao oferecer o divã àquele que outrora era um candidato a análise, passa, nesse momento, a tomá-lo como seu analisante, assumindo o bônus e o ônus dessa decisão. Do lado do analisante, deitar-se no divã é barrar a pulsão

29. Há uma discussão interessante acerca do modo como se denomina aquele que se submete a uma análise. Existem muitas terminações, tais como: paciente, cliente, analisando e analisante. A expressão analisante tem um sentido interessante, na medida em que se atribui a ela a idéia de que aquele que se submete a uma análise tem um papel ativo nas descobertas sobre si próprio.

escópica: ao retirar a figura do analista de seu campo de visão, o analisante, na associação livre, terá mais conforto para avançar em suas associações livres — o que confere ao divã uma dimensão ética — ao propiciar um apagamento do analista e, conseqüentemente, favorecer a emergência do objeto *a*, a face de gozo do ser e o deparar-se com sua falta, ao longo da travessia do fantasma.

E a paranóia? Como se dá ali a construção do dispositivo de tratamento?

Nossa proposta de discussão inscreve-se em uma comparação com o que foi dito em relação à construção do dispositivo de tratamento na neurose. Vale realizar algumas considerações acerca do diagnóstico psicanalítico na paranóia — e seus desdobramentos —, bem como descrever a especificidade da criação de seu dispositivo de tratamento.

Quanto ao diagnóstico psicanalítico, um primeiro aspecto a ser ressaltado é o fato de que o paranóico é tomado por certezas absolutas — diferentemente do neurótico, que formula sua questão de análise no registro da dúvida. A certeza psicótica não é passível de questionamentos; não é possível interrogar um paranóico, tentar contradizê-lo em seus ditos...

Certa vez, João afirmou que os ônibus da prefeitura de São Paulo estavam virando mais para a direita, com o risco eminente de tombar, justamente porque ele estava ali, presenciando esse fato. Outro paciente, em surto psicótico, afirmou ter visto Nossa Senhora de Fátima nua, dando-lhe ordens através de um *chip* posto por ela em seu terceiro molar. Ora, a certeza psicótica, o delírio são fenômenos de linguagem que denotam a não-inscrição do psicótico na norma fálica, já que não há o deslizamento do significante e a atribuição de um sentido, no *a posteriori*, no momento em que se coloca um ponto final na frase.

Desse modo, um paranóico apega-se a um significante e, em torno dele, direciona seu dito ao analista, de modo a tratar de seu sofrimento sem esperar que um analista detenha um saber sobre seu delírio. Não há, na paranóia, a suposição de saber de um analista. O paranóico sabe exatamente aquilo que se passa consigo. Esse é um ponto de suma importância para a formulação de um diagnóstico psicanalítico da estrutura psicótica. O lugar que um analista ocupa, na transferência, é o de testemunha, o daquele

que não recebe, em hipótese alguma, qualquer tipo de endereçamento de uma demanda de saber. Isso não significa que não haja uma demanda de tratamento para um sujeito psicótico. De fato, não é possível afirmar que o psicótico demande um saber de um analista, mas, mesmo em função de seu sofrimento, é legítimo seguir à risca a recomendação de Lacan, segundo a posição de que a psicanálise não pode recuar diante da loucura.

Mas então, se não há uma demanda de saber na paranóia, como teorizar a construção do seu dispositivo de tratamento?

Ora, não se trata de estabelecer uma neurose de transferência, tal como ocorre na neurose, pois esse manejo é impossível para o sujeito psicótico. Aliás, a direção de tratamento na psicose, sua cura, não passa pela tentativa de inscrevê-lo em uma norma fálica.

“Não se pode, portanto, tornar neurótico um psicótico. Eis o que se pode deduzir da advertência freudiana, confirmada pela continuidade que Lacan deu ao seu ensino, bem como pela própria experiência analítica” (Quinet, 1999, p. 22).

Daí a necessidade de realizar um diagnóstico psicanalítico, visto que os manejos da transferência são absolutamente díspares, quando se trata de estruturas clínicas distintas.

Nesse contexto, uma condição prévia para que esse trabalho ocorra (essa pesquisa, essa busca de um sujeito que se localiza diante da borda da loucura) consiste no estabelecimento de uma transferência em que a faceta do amor absoluto sobrepuje o ódio terrorífico, tal como foi visto anteriormente, sobretudo no caso Emerson. Outra condição importante condiz com aquilo mesmo que Pommier descreve acerca do paradoxo inerente ao lugar que um analista ocupa na transferência: ser objeto de uma transferência simbiótica e, ao mesmo tempo, esvaziar a própria presença. Essas condições prévias permitem o estabelecimento do dispositivo de tratamento na paranóia, que se instaura no momento em que o psicótico se percebe em um trabalho de *bricolage* sobre si mesmo — na tentativa de ressignificar seu delírio, em direção à construção de uma metáfora delirante ou na construção do *sinthoma*. É claro que se trata de orientações absolutamente distintas em termos de direção de tratamento. Por ora, vale destacar que ambas as

propostas de cura do incurável³⁰, de tratamento do sofrimento psicótico — a construção de uma metáfora delirante ou a construção do *sinthoma* — exigem o estabelecimento de uma transferência analítica, tal como descrita.

Foi o que aconteceu com João. No momento em que ele se pôs a trabalhar sobre aquilo que lhe ocorria, no momento em que passou a autorizar o acompanhante terapêutico a compartilhar de seu esforço de ressignificação de sua relação “tensiolítica” com a mãe; suas estratégias para suportar a convivência com o outro — seus anéis, a “assistite”; bem como sua curiosidade em explorar a proposta de criar uma palavra ou uma frase que barrasse a queimação de estômago e seu decorrente medo que os outros lhe causavam, ainda assim, quando João se viu, não mais atuando sobre seu delírio, mas compartilhando-o com o acompanhante terapêutico, na transferência, em um trabalho de *bricolage* sobre si próprio e, por fim, quando João consentiu nomear esse trabalho de *bricolage* como psicoterapia e autorizá-lo, de modo a legitimar sua pertinência em relação ao tratamento do seu sofrimento, pode-se, enfim, afirmar que se constituiu o dispositivo de tratamento na paranóia.

Mas, resta uma questão: por que um paranóico volta ao tratamento?

Justamente porque foi instituído o dispositivo de tratamento, porque o manejo da transferência não o remeteu à impossibilidade do simbólico, porque não foi evocada a realidade empírica como um contraponto, em suma, porque foi possível circunscrever o dispositivo de tratamento como um espaço de construção da metáfora delirante ou do *sinthoma*, de modo a compartilhar, na transferência, algo que outrora era atuado. O dispositivo de tratamento da paranóia consiste, portanto, em uma oferta de contorno ao real que não pôde ser simbolizado, quando um profissional maneja a transferência conforme a indicação clínica oferecida por Lacan no Seminário 3, *As psicoses*, a de secretariar o alienado, para possibilitar ao sujeito reconstruir sua história.

Mesmo assim, a presente discussão circunscreve-se em torno da instância psíquica denominada narcisismo primário, eu ideal ou estágio do espelho. O leitor se recorda do esquema I de Lacan, no qual, ao trabalhar a construção da metáfora delirante, ele incluiu

30. Incurável, pois como já vimos, uma vez determinada a estrutura psicótica, no momento de estruturação da subjetividade na primeira infância, não é possível modificá-la.

também outra instância psíquica, o ideal do eu não-barrado e a decorrente suplência simbólica. Isso tornou possível afirmar que a direção do tratamento se orienta entre eles. Até o presente momento, desde a discussão acerca da demanda do outro à instalação do dispositivo de tratamento, ficamos atrelados — quanto ao material clínico — ao narcisismo primário, ao eu ideal ou ao estágio do espelho. A inclusão do ideal do eu não-barrado na discussão do tratamento possível da paranóia supõe outro tempo, posterior à instalação do dispositivo de tratamento, tal como será apresentado nos próximos capítulos.

4.5. Caso Angelina³¹ — o olhar em rede: ou o AT, sua ArTiculação com a instituição de tratamento e a formulação de um projeto terapêutico

Este tópico poderia ser considerado um parêntese ao eixo central desta tese... De fato, a questão que está sendo examinada são os efeitos analíticos do AT — questão que perpassa alguns tempos do sujeito —, desde a crise psicótica até a instalação do dispositivo de tratamento e a decorrente problematização do conceito de cena no AT para que sua finalidade clínica seja alcançada.

Contudo, o AT, enquanto função clínica instituída no campo da reforma psiquiátrica, envolve procedimentos técnicos muito importantes para passarem despercebidos, procedimentos que orientam a direção de tratamento e que também estão circunscritos ao momento teórico da obra de Lacan acerca do significante e a psicose.

Estamos falando daquilo que aqui vem sendo denominado como olhar em rede, ou seja, um procedimento oriundo da prática institucional de Oury, a psicoterapia institucional francesa, mais precisamente quando se discute a noção do coletivo que abarca, em uma tensão necessária e constante, o singular de cada um. O leitor se recorda do capítulo “A reforma psiquiátrica e o surgimento do atendimento terapêutico”, mais precisamente do momento em que teorizamos o procedimento técnico institucional

31. Nome fictício.

pertinente para o funcionamento da instituição de tratamento — a reunião de equipe. Esse procedimento será aqui retomado, para ilustrar o movimento de uma montagem institucional, quando foi percebida a necessidade de se criar o AT como mais um dispositivo de tratamento. Notamos, mais uma vez, que a instituição deixou de ser interrogada pelo singular de um caso, pois foi a partir dele e da decorrente discussão em equipe que se chegou ao enriquecimento de sua montagem institucional de tratamento — a criação do AT como o mais novo dispositivo de tratamento.

Pretendemos também demonstrar que a criação do AT como novo dispositivo de tratamento depende ou se circunscreve na história da instituição, que determina certas especificidades na sua criação. Vimos no capítulo “A reforma psiquiátrica e o surgimento do atendimento terapêutico”, que o AT não surgiu de forma descolada do movimento da reforma psiquiátrica. Do mesmo modo, o movimento de uma instituição de tratamento das psicoses, ao se dispor a um trabalho de inventividade sobre a criação do AT³² como um dispositivo de tratamento, marca também especificidades nessa mesma criação. Não há, conseqüentemente, um modelo *prêt-à-porter* de sua criação em uma montagem institucional.

Pretendemos ainda afirmar que um acompanhante terapêutico realiza o mesmo procedimento da instituição de tratamento — daí a proposta do olhar em rede. Um acompanhante terapêutico, atravessado pela instituição de tratamento, sustenta o olhar em rede ao assumir uma posição privilegiada em um caso, pois é ele que circula, de acordo com a natureza de sua função, entre a instituição, a família e o social. A idéia do olhar em rede assume o estatuto de ferramenta clínica importante, já que ele é utilizado pelo acompanhante terapêutico — aqui entendido como extensão da instituição de tratamento — e também porque é de grande serventia para a direção do tratamento.

Por fim, desenvolveremos a idéia de que a formulação de um projeto terapêutico em âmbito institucional — marcado pela especificidade de uma história — insere-se na mesma tensão entre o coletivo e o singular, já que a concepção institucional do AT como

32. Esse ponto será retomado mais adiante, no intuito de descrever melhor a especificidade do AT nessa montagem institucional, mais precisamente a relação entre a demanda de AT e suas possibilidades de articulação com outra instituição, mais precisamente o CECCO (Centro de Convivência e Cooperativa), equipamento da Rede de Saúde Mental do Município de São Paulo, SP.

dispositivo de tratamento exige problematizar sua pertinência em cada caso clínico. Dito de outro modo, é sob a transferência, na escuta analítica que se pode pensar em qual momento subjetivo o paciente psicótico se encontra e, daí, avaliar a pertinência de uma indicação de AT.

Certa ocasião, houve um encaminhamento de um psiquiatra que dizia o seguinte: “Olha, estou te encaminhando esse paciente ... Ele é bastante sozinho. Vê se você leva ele numa boate ou então em uma casa de massagem”. Bom, se nos basearmos na idéia de que a clínica do AT é meramente um fazer junto, poder-se-ia “comprar” a recomendação do psiquiatra e, de pronto, realizar os programas sugeridos. No entanto, será esse realmente um bom projeto terapêutico? Será que não foi justamente a proximidade com uma mulher que fez o referido paciente entrar em surto? O projeto terapêutico para o AT, em cada caso, é concebido somente na transferência (Hermann, 2001).

4.6. A demanda de criação do AT em uma instituição de tratamento

A Associação Lugar de Vida — Centro de Educação Terapêutica³³, incrementou sua montagem institucional de tratamento às psicoses infantis ao inserir o AT como dispositivo de tratamento. O que se segue é uma experiência clínica de uma adolescente psicótica, aqui denominada Angelina, que se beneficia dessa proposta de intervenção clínica. Antes de apresentar alguns recortes clínicos pertinentes para a ilustração do que se pretende discutir nesta tese de doutorado, no caso, as articulações entre uma montagem institucional e o AT, bem como uma reflexão acerca da formulação de um projeto

33. Na verdade, estamos falando da antiga Pré-Escola Terapêutica Lugar de Vida que, no ano de 2007, sofreu uma reformulação estatutária e passou a ser uma associação. Nesse momento, faz-se necessário um agradecimento, em especial, à Prof^{da}. Dr^a. Maria Cristina Machado Kupfer, além de toda a equipe que compõe essa instituição. As páginas que compõem esse tópico são frutos de uma parceria de colaboração entre o autor desta tese e a referida instituição. Parceria profícua que proporcionou, inclusive, a publicação de um dossiê sobre AT na Revista *Estilos da Clínica*, vol. 19, 2005, também coordenado pelo autor desta tese. Em tempo, vale também um agradecimento, com muito carinho e respeito à qualidade de seu trabalho, a Mariana de Mello Beisiegel, coordenadora da equipe de acompanhantes terapêuticos da mesma instituição. Ainda assim, não é possível avançar no texto sem explicitar um agradecimento especial a Carina Arantes Faria, além de Camille Apolinário Gavioli, Mônica de Barros Cunha Nezan, Paula Carpinetti Aversa, pelos encontros que muito contribuíram para a sistematização da discussão que aqui se segue. E finalmente, a Sígria Cruz de Sá Leão, também pela rica contribuição para essa discussão clínica.

terapêutico para o AT, cabe tecer algumas considerações sobre a especificidade desse dispositivo nessa montagem institucional de tratamento às psicoses infantis.

A Associação Lugar de Vida — Centro de Educação Terapêutica optou, desde o início de sua história, por sustentar um espaço institucional de tratamento voltado à infância com graves dificuldades emocionais. Assim, a instituição é concebida a partir de alguns dispositivos de tratamento, tais como os grupos terapêuticos, atendimentos individuais, tratamento fonoaudiológico, grupo de escuta dos pais, o Projeto Ponte, que consiste em realizar uma escuta dos profissionais de uma escola quando alguma criança, em seu tratamento e de acordo com sua especificidade, encontra-se em processo de inclusão escolar, entre outros. Todos os dispositivos citados trazem a marca do tratamento de crianças, cuja faixa etária se estende até 11, 12 anos... É um lugar de passagem, delimitado também por um critério cronológico.

Tal opção por circunscrever o tratamento para essa faixa etária, no entanto, não eximiu a instituição de oferecer alternativas de continuidade de tratamento a algumas crianças que extrapolaram o limite de idade, mas que ainda demandavam uma continuidade de tratamento. É nesse contexto que surge o AT como um dispositivo de tratamento capaz de oferecer, a seu modo, sustentação de alguns adolescentes ante uma oferta de laço social. Mas sua proposta de intervenção não se justifica, somente, pelo que se entende como potência clínica do AT. Pretende-se, também, criar parcerias de tratamento em outros espaços institucionais caracterizados como instituições de tratamento. O caso Angelina também ilustrará essa questão, tal como se verifica a seguir.

A profissional de referência de Angelina percebeu que algo não ia bem. De um lado, Angelina já tinha alcançado 11 anos, já era uma pré-adolescente, o que resultaria em extrapolar o limite de idade que a instituição³⁴ determina para o tratamento dessas crianças. De outro lado, percebeu-se também que Isolina³⁵, sua mãe, não se mantinha mais comprometida com o tratamento da filha como estivera antes. Era necessária uma injeção de ânimo, uma intervenção mais efetiva para retomar a demanda de tratamento,

34. É importante ressaltar que esses critérios estavam em vigência naquela época, segundo semestre do ano de 2005. Hoje, a Associação Lugar de Vida — Centro de Educação Terapêutica dispõe de uma montagem de tratamento para adolescentes com graves comprometimentos emocionais, na qual se insere, além de grupos terapêuticos, o AT como dispositivo de tratamento.

35. Nome fictício.

uma vez que se sabe que, no tratamento das psicoses infantis, um dos pontos nevralgicos é a ação do gozo da mãe sobre a criança, tal como Lacan nos ensina em seu texto denominado *Nota sobre a criança*.

Segundo Lacan, o sintoma da criança pode decorrer da subjetividade da mãe, na medida em que a criança é correlata à fantasia que ocupa no psiquismo dessa mesma mãe. Nesse sentido, a criança passa a ocupar o lugar de objeto causa de desejo da mãe, independentemente da estrutura clínica que possui.

“A distância entre a identificação com o ideal do eu e o papel assumido pelo desejo da mãe, quando não tem mediação (aquela que é normalmente assegurada pela função do pai), deixa a criança exposta a todas as capturas fantasísticas. Ela se torna o ‘objeto’ da mãe e não tem mais outra função senão a de revelar a verdade desse objeto” (Lacan, 2003, p. 369).

Todo o esforço e as conquistas adquiridas ao longo do tratamento de Angelina pareciam insuficientes diante da força do gozo de sua mãe... Não iam mais com assiduidade à USP (modo como se referem à instituição de tratamento). Pareciam retomar, mãe e filha, a condição de simbiose e de completude imaginária.

Houve um acontecimento importante que chamou a atenção da profissional de referência de Angelina. Após um período de sucessivas faltas, Angelina apareceu na instituição para participar de um passeio, junto com outras crianças. Foi nessa circunstância que ocorreu uma fala importante de Angelina: “Sabe, eu gosto muito de você. Eu gosto muito de vir aqui, na USP”. Essas palavras foram importantes, pois vieram a reforçar, ainda mais, a hipótese de que havia algum tipo de dificuldade, por parte de sua mãe, em dar cabo ao tratamento da filha. A profissional de referência de Angelina pôde escutar sua fala e atribuir suas ausências a uma dificuldade da mãe.

Nesse mesmo tempo, a profissional do Grupo Ponte³⁶, responsável por acompanhar Angelina em seu processo de escolarização, viu-se às voltas com a mesma percepção. O

36. O Grupo Ponte, cujo coordenador é Fernando Coli, é um dispositivo criado na instituição para tratar do processo de escolarização de crianças com graves comprometimentos emocionais. Sua proposta consiste em realizar uma escuta dos profissionais da escola, professores, auxiliares de ensino, diretor, serventes, bibliotecária, a senhora da cantina, enfim, propiciar um espaço de escuta de todas as pessoas diretamente envolvidas no desafio de inclusão de uma criança, de modo a fazer circular a palavra sobre essa mesma criança. Aqui também se faz necessária uma menção de agradecimento a Fernando Coli. Ao longo desses anos de colaboração, foram inúmeros os debates travados em torno da seguinte questão: seria pertinente um acompanhante terapêutico para crianças com graves dificuldades emocionais no seio de uma

processo de escolarização de Angelina continha avanços importantes, mas, aos olhos de Isolina, parecia que nada acontecia.

Em uma reunião³⁷ da professora de Angelina com a técnica do Grupo Ponte, foram discutidos os pontos seguintes, aqui apresentados para ilustrar esse processo de inclusão escolar.

A professora afirmou que Angelina obteve ganhos importantes em seu percurso na escola. Dizia que antes ela perturbava a chamada na sala de aula, pois respondia a cada nome que a professora chamava, mas que havia pouco tempo ela aprendera a esperar somente seu nome para responder “presente” ou “eu tô aqui”. Contou também a respeito de um caderno que outra professora dera de presente a outra aluna e, imediatamente, Angelina solicitou que lhe fosse dado um também, o que só pôde ocorrer após o recreio. Nesses dois eventos, percebeu-se outra relação de Angelina com o tempo... Ela pôde esperar sua vez, m vez de se apegar ao imediatismo de “se fazer presente”.

escola? Aqueles que se posicionam em oposição à idéia do AT escolar afirmam que um acompanhante terapêutico, nessa circunstância específica, poderia favorecer a exclusão dessa mesma criança, já que sua “esquisitice” seria ainda mais salientada pela presença de um adulto externo ao corpo técnico da escola. Outro argumento seria o risco de uma escola isentar-se de lidar com a dificuldade emocional da criança. É como se um acompanhante terapêutico, no interior de uma escola, realizasse uma entrada perversa onde se estaria fazendo um semblante de inclusão escolar, visto que a criança estaria em circulação em um território escolar, mas encapsulada pela transferência com o acompanhante terapêutico. Ora, esses argumentos são refutáveis. De início, é possível criticar qualquer tipo de axioma no que tange ao debate acerca da inclusão dessas crianças na escola. Nesse sentido, é interessante recuperar o argumento de Voltolini (2005), quando ele afirma que a inclusão é não toda, ou seja, que é necessário pensar, a cada caso, as necessidades subjetivas de uma criança e também de uma escola para justificar uma tentativa de inclusão. Esse ponto já foi discutido em um trabalho apresentado no II Congresso Internacional de AT, em São Paulo, no ano de 2006, com o caso de uma criança psicótica que se submeteu a um AT em sua escola do qual decorreram benefícios tanto para a criança, como para a escola, uma vez que se manteve como ponto de contato a mediação do acompanhante terapêutico para a aproximação da referida criança à cena escolar. Um acompanhante terapêutico, no momento em que inicia um trabalho de acompanhamento de uma criança em seu processo de inclusão escolar, perguntará a si próprio, constantemente, como irá se retirar da escola, ao supor que a escola, no final desse processo, também se transformou em relação a suas próprias estratégias de inclusão, o que faz do AT um facilitador para a escola encarar esse desafio (Hermann, 2006). Outro ponto de debate é o risco de uma criança ser encapsulada pelo próprio acompanhante terapêutico na transferência, de modo a se distanciar das ofertas de laço social que a cena escolar oferece. Bom... Se isso de fato acontecer, pode-se nomear essa situação de qualquer coisa, menos de AT. Propomo-nos investigar, no capítulo seguinte, a idéia dos efeitos analíticos do AT. Para que esses efeitos sejam alcançados, é necessário considerar que um acompanhante terapêutico, seja aonde for, na escola, no boteco, em qualquer lugar, lidará sempre com o seguinte paradoxo: a presença do acompanhante terapêutico na transferência é uma presença esvaziada. Esse paradoxo, tal como pretendemos demonstrar na parte final desta tese, compõe a própria especificidade da teoria do método de intervenção do AT enquanto dispositivo de tratamento.

37. As reuniões do Grupo Ponte com o corpo técnico de uma escola costumam ter periodicidade mensal.

Evidentemente, tais ganhos foram frutos de um processo, de conquistas que, se comparadas ao momento inicial de Angelina na escola, denunciavam que muito de importante foi construído nesse processo. O engajamento da professora não pode passar despercebido, visto que se notam vários acontecimentos importantes no processo, tais como sua insistência para que a mãe providenciasse óculos para a filha, as tentativas de Angelina de reconhecer algumas letras, a conquista de amigos na escola, entre outros.

No entanto, ainda assim suas faltas eram freqüentes, apesar de mãe e filha morarem perto da escola, a ponto de prescindirem de transporte para o deslocamento. Diretora e professora, engajadas no trabalho com Angelina, batalharam uma perua que garantisse sua vinda no horário de aula. A surpresa foi imensa diante da recusa da mãe a essa facilidade...

Ora, foi nesse momento que a instituição de tratamento de Angelina se interrogou: o que estava acontecendo? De um lado, a profissional de referência escutou o dito da filha: “Eu gosto muito de vir aqui, eu gosto muito de você”. De outro, a profissional do Grupo Ponte acompanhava o engajamento da escola, os ganhos obtidos no processo de inclusão escolar, a desenvoltura de Angelina e seu desfrute daquilo que uma escola oferece. No entanto, as faltas eram bastante freqüentes. E havia um outro aspecto, um certo desânimo por parte da instituição de tratamento, pois todo o investimento realizado em Angelina sofria um golpe brutal... A ação do gozo de sua mãe sobre ela.

Esse caso propiciou uma demanda de criação do AT como dispositivo de tratamento nessa montagem institucional. De início, pensou-se em um acompanhante terapêutico que pudesse levar Angelina à escola, mas essa idéia foi logo descartada, pois a instituição de tratamento incorreria em um erro, caso a proposta do AT fosse nessa direção. Não era o caso de “tapar um buraco” da mãe, visto que, inclusive, a escola já havia realizado esse movimento com a oferta de uma perua escolar. Seria uma repetição e mais um fracasso. O caso era escutar o sujeito na transferência, idealizar uma proposta de intervenção para o AT que configurasse uma aposta nos recursos de Angelina, além de estender a ação da instituição para além do seu território físico, com o intuito de realizar algum tipo de intervenção com a mãe, Isolina, na tentativa de barrar seu gozo. Havia ali uma leitura institucional acerca do modo como se compreendia a ação do gozo de Isolina

sobre sua filha, ao criar impeditivos para a continuidade do tratamento. Ambas, a profissional de referência e a profissional do Grupo Ponte, realizaram uma leitura bastante próxima do que ocorria naquele momento.

Havia também o fato de que naquele momento histórico do Lugar de Vida, em sua montagem institucional de tratamento, seria interessante pensar o AT como estratégia para o estabelecimento de novos vínculos institucionais, para a continuidade de tratamento das crianças que crescem, que entram na adolescência. Nessa circunstância específica, a parceria com a escola já estava contemplada no trabalho com o Grupo Ponte. Seria interessante pensar em novas possibilidades de territórios, fossem eles instituições de tratamento ou não. No caso de Angelina, a parceria com o CECCO foi bastante profícua. Hoje, no grupo de acompanhantes terapêuticos da Associação Lugar de Vida – Centro de Educação Terapêutica, ocorre a circulação de “acompanhados” em outras instituições que não somente aquelas que se caracterizam por uma oferta de tratamento, tais como: clubes, oficina cultural de circo, biblioteca, entre outros.

O caso acima ilustra o procedimento institucional da reunião de equipe, oriundo do paradigma institucional francês para a reforma psiquiátrica. A reunião de equipe, como já foi dito, é considerada momento privilegiado para analisar as marcas que uma inscrição do singular realiza em um contexto institucional ou no coletivo, do qual se espera uma superação dos obstáculos imaginários e que se rompa com a lógica da perpetuação do líder e os decorrentes fenômenos de massa³⁸.

38. Freud (1921) teorizou a noção de fenômeno de massa no texto *Psicologia das massas e análise do eu*, no qual se dedicou a criar uma teoria que explicitasse o funcionamento dos vínculos sociais (Enriquez, 1990). Vale pensar que um fenômeno de massa é um fenômeno em que duas ou uma multidão de pessoas voltam seu interesse para um objeto ou um líder em comum. Podemos afirmar que um fenômeno de massa ocorre quando uma multidão assiste a um *show* de *rock*, ou então quando vemos o enorme sucesso de Paulo Coelho no mundo, já que seus livros estão traduzidos em quase todos os países do mundo. Em Paris, é possível ver, freqüentemente, leitores entretidos no metrô com *L'Alchimiste* ou outros títulos. Podemos também verificar um fenômeno de massa em pequenas situações, como por exemplo, em uma sala de aula, quando os alunos investem toda a sua atenção no professor e também em grupos terapêuticos (volto a essa questão mais tarde, por ela ser crucial para a argumentação acerca do CECCO e o projeto terapêutico de Angelina). Para responder à indagação sobre a origem do fenômeno de massa, caracteriza-se inicialmente a massa, de modo a incluir a dimensão do inconsciente, além de se remeter à teoria da libido (que fundamenta a teoria do amor para a psicanálise), para, finalmente, trabalhar com a instância psíquica denominada ideal de ego. Uma característica evidente no fenômeno de massa é seu caráter ilusório. A massa é crédula, influenciável, suscetível a manipulações. Temos como exemplo os

“(...) Vocês me dirão que esse trabalho entre vários tem seu fundamento em outro discurso, o discurso analítico, que é o avesso do discurso do mestre. É um trabalho que se baseia não sobre o Um do mestre, mas sobre a falta desse Um do Mestre” (Ciaccia, 1998, p. 17).

Ora, o que se busca em uma prática entre vários é a tentativa constante daqueles que estão envolvidos em um caso em descolar-se de um saber instituído, seja ele encarnado em um líder ou em uma idéia comum, ao apoiar-se no não-saber — ou deixar-se tocar pela própria castração — o que impulsiona a um fazer clínico movido pelo desejo, onde, mais uma vez, incide uma tensão entre o tecido institucional ou uma equipe técnica e o desejo singular de cada integrante dessa mesma equipe técnica e sua relação com a clínica.

As noções de coletivo e de máquina institucional propostas por Oury, ou a releitura proposta por Ciaccia — ao nomear a prática em instituição como prática entre vários³⁹, no momento em que descreve o funcionamento institucional de Antenne 110, instituição

comícios políticos. Nesses eventos, no auge do calor, percebe-se que a massa é facilmente influenciável por palavras de ordem do líder. Ele sugestiona: “Vamos erradicar a miséria social do país!!!!” Ora, tais palavras de ordem, no fervor da massa, são bastante convincentes e o público que as ouve responde com aplausos, com clamor. Mas, se o indivíduo que está ali tiver um certo distanciamento crítico saberá que não é tão simples assim efetivar a proposta do líder. A massa se deixa levar por esse caráter ilusório porque o indivíduo é facilmente capturável. O indivíduo, quando submetido ao fenômeno de massa, perde as suas referências éticas, morais e intelectuais. Outro ponto que se articula nessa reflexão é a teoria da libido de Freud. A teoria da libido é equivalente à teoria do amor. Amor aqui entendido como algo que extrapola a cópula sexual, pois sabe-se que na psicanálise a condição libidinal é muito mais complexa do que o ato sexual em si. Para Freud, o contrário do amor não é o ódio, mas sim a indiferença. Assim, fala-se de amor em psicanálise quando há investimento de libido sobre algum objeto. Este ponto é importante, pois nos permite formular uma primeira definição do que é fenômeno de massa. Tem-se como premissa a idéia de que os vínculos de amor constituem a essência da alma das massas. O que corresponderia a tais vínculos está oculto, evidentemente, por trás da sugestão e dos fenômenos inconscientes. Dessa formulação de Freud, decorrem algumas conseqüências: i) a massa se mantém coesa em virtude do investimento de libido no líder ou da idéia comum; ii) o indivíduo se sente compelido a estar de acordo, por amor, com os seus semelhantes. A ocorrência de um fenômeno de massa exige a presença de um líder ou uma idéia comum, pois há nos agentes de causa do fenômeno de massa um traço, uma marca que faz com que os indivíduos voltem seu interesse para o agente da causa do fenômeno de massa. Esse traço, essa marca, serve como ímã, como amálgama, pois a irreverência do cantor de *rock*, a venda de certo saber místico sobre a verdade humana ou a trajetória política de uma liderança é que permitem um engate de um traço do indivíduo ao objeto e o decorrente investimento de libido. Em termos teóricos, o traço do líder captura o inconsciente do indivíduo, pois a amálgama entre o indivíduo e o líder se dá no momento em que uma aspiração não alcançada do indivíduo, em seu ideal de ego, é reconhecida no traço do líder ou da idéia em comum. Freud tece alguns comentários. Quando há um caso de amor inalcançável, a satisfação sexual é rebaixada para a subestimação sexual. Há entrega do ego do indivíduo ao objeto e o objeto se coloca no ideal de ego do indivíduo. O líder de uma massa ocupa o lugar de ideal de ego. Assim, define-se fenômeno de massa quando há investimento de libido na figura do líder ou na idéia comum, pois se trata de uma multidão (ou de um pequeno grupo) de indivíduos que põe o objeto (líder) no lugar de seu ideal de ego e promove uma identificação entre o líder e seu psiquismo.

39. Em francês, lê-se *pratique à plusieurs*.

de tratamento das psicoses infantis situada em Bruxelas, Bélgica — condizem com o que propomos nesta tese de doutorado, o olhar em rede. Pode parecer preciosismo atribuir a um conceito já instituído outra forma de nomeação. Mas há que considerar que a expressão “um acompanhante terapêutico leva consigo o olhar em rede” tem uma nova significação ao que já foi instituído. Há um deslocamento importante que merece ser ressaltado, inserido ao contexto do próprio AT.

A noção de olhar em rede pressupõe a apropriação de um procedimento institucional, antes presente em uma equipe técnica inserida em um território institucional, mas que passa a estar presente junto com o acompanhante terapêutico, fora da instituição. Daí a idéia do olhar, um olhar que acompanha o movimento do acompanhante terapêutico, mas que leva consigo as marcas da (H)(h)istória da instituição, seja a História do paradigma francês denominado psicoterapia institucional (atravessada pela noção de coletivo e máquina institucional), seja a história de uma instituição que gravita em torno desse mesmo paradigma, que pôde, inclusive, inventar o AT⁴⁰, seja também na clínica das psicoses, na medida em que cada montagem institucional tem a particularidade de sua história, do movimento que a constituiu. Os exemplos de Antenne 110 ou da Associação Lugar de Vida – Centro de Educação Terapêutica ilustram o que afirmamos.

Contudo, o olhar em rede, como procedimento técnico para o AT, pode inverter a trajetória desses deslizamentos — instituição, coletivo, AT — na medida em que um acompanhante terapêutico autônomo, descolado de uma equipe de tratamento constituída *a priori*, serve-se dessa idéia para construir uma rede de tratamento para um caso, ao apoiar-se em um sentido contrário, tal como: acompanhante terapêutico, de um dispositivo de tratamento ao coletivo, criação de uma montagem institucional.

É de capital importância que o acompanhante terapêutico autônomo tenha um olhar institucional, ao compreender as especificidades de cada dispositivo clínico que compõe a montagem institucional de tratamento de CAPs ou de um CECCO. O paciente psicótico

40. Tocamos, mais uma vez, em um ponto polêmico. Não há consenso no debate acerca da invenção do AT como dispositivo de tratamento. Uma das versões possíveis condiz com a instituição de Eduardo Kalina, na Argentina, quando ele se deparou com o fato de que alguns adolescentes não queriam se tratar. Diante disso, deslocou-se alguém da instituição até a residência desses adolescentes. De todo modo, o que pretendemos demarcar é o deslocamento dos significantes: instituição de tratamento, coletivo, AT.

requer estratégias de construção de contornos, uma vez que a transferência psicótica é extremamente intensa e difícil de suportar. Um acompanhante terapêutico autônomo pode lançar mão do olhar institucional para tecer, a cada caso, uma rede de profissionais pertinentes para a singularidade em jogo, o que reafirma o aspecto institucional dessa clínica. Quando se fala dessa possibilidade, a de tecer a rede de profissionais envolvidos em um caso, afirma-se que um acompanhante terapêutico, como idealizador do projeto terapêutico, vai muito além do aspecto assistencialista de outrora. Um acompanhante terapêutico faz as honras da instituição, como um agente articulador⁴¹ de profissionais envolvidos em um caso.

Desse modo, vale retornar ao caso João, para ilustrar apenas esse aspecto. O foco desse recorte é a descrição de como foi encaminhada uma parte de seu projeto terapêutico. No caso, a partir da escuta analítica, reconhecer demandas e a decorrente construção de uma equipe adequada para assisti-lo. Será relatada uma modificação importante ocorrida em seu projeto terapêutico: o ingresso de um segundo acompanhante terapêutico na equipe de tratamento.

Desde o início do tratamento, o acompanhante terapêutico de João cumpria todos os horários, mas depois foi sentida a necessidade de ampliar a equipe para a entrada de um segundo acompanhante terapêutico. Por quais motivos? Havia uma necessidade de ampliar o suporte de tratamento do paciente, visto que só seu acompanhante vivia mais proximamente com ele. Também cabe lembrar a especificidade da transferência psicótica, ou seja, a idéia de que é impossível para João a entrada de um terceiro. Ele temia os laços sociais. Para ele, um contato mais próximo era bastante ameaçador. A entrada de um segundo acompanhante terapêutico lhe apresenta uma proximidade distinta da que lhe era oferecida, o que em termos clínicos é bastante positivo. Do ponto de vista do acompanhante terapêutico, era necessário dispor de outro profissional que compartilhasse a carga de uma transferência dessa natureza.

Durante alguns meses, evitou-se abordar a necessidade de introduzir o segundo acompanhante terapêutico. Era necessário um tempo de aproximação por parte de João,

41. Aqui, mais uma vez, apoiamo-nos na idéia de que a formulação de um projeto terapêutico só ocorre na transferência, por meio da escuta do significante.

para que a confiança se consolidasse. Era importante construir um vínculo que se apoiasse na participação cotidiana das atividades, mas, sobretudo, na confiança no acompanhante terapêutico como alguém que participava emocionalmente de seu mundo, capaz de perceber e apostar em seus recursos sadios e positivos. Era necessário que João apontasse recursos para suportar essa nova mudança, e ele deu sinais, percebidos na escuta clínica, de que a transferência estava estabelecida o suficiente para que a temática do segundo acompanhante terapêutico pudesse ser introduzida. Inicialmente, ele relutou bastante. Durante várias semanas, houve uma intensa conversação, na qual se salientou a importância, para ele, de estabelecer contato com outro profissional. Esse pedido era constantemente negado, até que em determinado momento afirmou-se que o segundo profissional era necessário, pois não seria possível assumir todas as responsabilidades. Como, por exemplo, tirar férias? Constatar o limite pessoal, explicitá-lo, foi o suficiente para João mudar sua posição. Passou a fazer considerações, do tipo: “Bom, já que é necessário, que seja um acompanhante terapêutico homem, que ele também tenha um carro, que ele seja bacana como você...” Realizou-se o acordo de trabalho e, desde então, foi possível contar com um segundo acompanhante terapêutico na equipe, que passou a ser composta por quatro profissionais: a curadora, o psiquiatra e os dois acompanhantes terapêuticos.

Desse modo, vemos que tanto um acompanhante terapêutico vinculado a uma equipe de tratamento constituída *a priori*, como um acompanhante terapêutico autônomo apropriam-se do procedimento aqui denominado olhar em rede como uma importante estratégia para orientar um projeto terapêutico, naquilo que diz respeito à idealização de parte de um projeto terapêutico, naquilo que concerne ao incremento de uma montagem institucional de tratamento.

Por outro lado, a experiência clínica de Angelina trouxe elementos importantes para a presente reflexão. Vimos o movimento da instituição diante do impasse advindo da ação do gozo de Isolina sobre sua filha, ação que resultava em uma espécie de boicote ao tratamento. A partir de uma leitura (o olhar em rede) desse impasse, realizada pela profissional de referência da instituição acerca das sucessivas faltas, além da constatação, realizada pela profissional do Grupo Ponte, de que Angelina desfrutava das ofertas de

laço oferecida pela escola, mas, ainda sim, suas ausências eram freqüentes, disparou-se um movimento, na instituição, de criar o AT como mais um dispositivo de tratamento.

Falta apresentar a trajetória construída no AT de Angelina para, posteriormente, teorizar aquilo que se configurou como uma bela parceria de trabalho entre a instituição e um CECCO. Por que essa parceria se revelou profícua? Como é possível teorizar o projeto terapêutico do AT para o caso Angelina? O que um CECCO pode oferecer de tão importante para a clínica das psicoses?

4.7. Da demanda de criação do AT em uma instituição de tratamento a fragmentos de um processo clínico: ou de menina a Angelina⁴² e o sujeito e suas tentativas de laço social

Apresentamos a seguir fragmentos do AT de Angelina, agora sim circunscrito em sua singularidade, desde o momento de sua criação até os efeitos conquistados. A intenção é ilustrar e teorizar as mudanças ocorridas na subjetividade de Angelina em suas tentativas de laço social, ocorridas em um CECCO da rede de Saúde Mental da Prefeitura do Município de São Paulo.

De início, vimos a necessidade de recuperar o investimento no tratamento de Angelina, seja por parte de sua mãe, seja por parte da equipe de tratamento. Haveria alguém da instituição que se deslocaria até a residência de Angelina, preocupado em manter a continuidade de seu tratamento. Investimento importante por parte da instituição, que permitiria também solicitar uma contrapartida da mãe, a de ela também retomar a assiduidade do tratamento de sua filha. Foi uma espécie de acordo entre as partes: a instituição se desloca até a residência e mãe e filha se deslocam até a instituição. Foram combinados os detalhes, tais como o horário, a freqüência semanal etc. Quando o acompanhante terapêutico solicitou o endereço da residência, percebeu certo

42. Beisiegel (2008), em um tom poético, ao discutir esse mesmo caso, propõe um belo trocadilho entre o significante mina, menina e seu deslocamento para o nome próprio da paciente – ao indicar aí uma posição de sujeito.

desconforto... Seria um sentimento de vergonha devido à precariedade do lugar? Ou então a mãe percebera como ameaça o fato de um estranho passar a frequentar sua casa? A indicação de um AT poderia também efetivar um efeito de corte, uma tentativa de introduzir um terceiro na relação dual entre mãe e filha. Era essa a aposta que a instituição fazia ao teorizar uma demanda de AT para esse caso.

Em um dos primeiros encontros, o acompanhante terapêutico foi até a residência de ambas e encontrou Angelina perto do portão da casa, repetindo em alto e bom som: “Cuidado, Angelina; não vai cair, Angelina!” Incrível o efeito dessa saída, que denunciava o discurso de Angelina sobre si mesma, mas que era, na realidade, o discurso de sua mãe. Alguém incapaz de sair sozinha, de subir alguns degraus da escada entre a casa e o portão da rua. Não podia estar sozinha, poderia se machucar ou cair. Angelina não conseguia entrar no carro sozinha, demandava a ajuda do acompanhante terapêutico para realizar essa simples tarefa, o que ocorreu sob o vigilante olhar da mãe. Ao ocupar o assento do motorista, o acompanhante terapêutico se volta para a mãe e faz um trocadilho com seu nome: “Então, até logo, Isobela”. A mãe foi chamada de Bela, significante que não estava presente em seu nome, mas que poderia instaurar uma falta, um resgate para sua feminilidade. A mãe que perdera o marido e que voltara todo o seu interesse para a filha agora se deparava com um convite, o de se aproximar da condição de bela, de feminina, de castrada. Inaugurou-se aí uma tentativa de abrir um espaço para que Angelina pudesse ter um lugar de sujeito, uma aposta para sair do lugar de incapaz para alguma outra coisa, que ainda estava por ser construída.

Depois de alguns meses, em um dia de muito calor, o acompanhante terapêutico pediu um copo de água à mãe: “Está muito quente, a senhora me poderia arrumar um copo de água?” Foi possível nesse AT entrar na casa, conhecer o espaço físico, sentar-se à mesa para conversar, para saber melhor como a mãe avaliava o tratamento da filha. Essa circunstância teve grande importância, pois o que o acompanhante terapêutico sustentava era uma aposta em Angelina, para que a adolescente pudesse ter um lugar para si, diferenciado da mãe. A mãe escutava com atenção o que se dizia, ao mesmo tempo em que a filha parecia não suportar essa oferta. Angelina dava socos em si mesma, na própria testa, e chutava a parede. Parecia não querer encarar a oferta de outro lugar. O

acompanhante terapêutico foi enfático nesse momento, ao dizer que não era possível Angelina continuar com essa atitude, além de nomear o próprio estranhamento em reconhecer que Angelina não suportara um olhar de aposta sobre ela. Parecia estar fadada ao imperativo superegóico do gozo, em que a compulsão à repetição só fazia mantê-la no lugar de incapaz. Tal circunstância foi importante porque abriu a possibilidade de o acompanhante terapêutico sustentar, diante de Angelina, que não era admissível ela se bater, já que corria o risco de se machucar.

A quase-totalidade dos ATs de Angelina se deu no Centro Educacional Unificado de um bairro da periferia de São Paulo, instituição conhecida como CEU, inaugurada na gestão da prefeita Marta Suplicy. Trata-se de um espaço bem bonito, com araucárias, ipês, jardins com azaléias etc. Nesse espaço, localizam-se uma escola pública, uma biblioteca, piscinas, quadras esportivas, um teatro e, entre outros, uma instituição de tratamento da rede de Saúde Mental denominada CECCO (Centro de Convivência e Cooperativa). Encontrou-se nesse CECCO uma parceria importante, de acordo com os recortes clínicos do AT de Angelina.

O acompanhante terapêutico (junto com Angelina) foi visitar um CECCO na expectativa de transitar por um espaço onde a livre-circulação fosse premissa básica, antes mesmo da preocupação em preencher um formulário ou qualquer outro procedimento burocrático. A idéia era encontrar um lugar de portas abertas, em que o acolhimento fosse prioridade absoluta. O acompanhante terapêutico e Angelina entraram no espaço físico da instituição e prontamente foram recebidos por uma psicóloga, Lucila⁴³. Angelina se interessou pelos novos visitantes, e ela e o acompanhante terapêutico foram apresentados ao grupo ali presente, que fazia artigos artesanais para a festa de Natal. Ficou combinado que eles passariam a freqüentar aquela oficina, o que então configurou um início de projeto terapêutico para esse AT. Havia um lugar para ir: uma estratégia clínica se configurou.

As primeiras idas à oficina de artesanato, que se empenhava nos preparativos para a festa de Natal, foram marcadas pela inserção de Angelina e o acompanhante terapêutico

43. Nome fictício.

no grupo. Olhares curiosos eram dirigidos a eles, com perguntas constantes sobre um possível grau de parentesco, suas “esquisitices”, seu modo pouco usual de permanecer no espaço físico, enfim, houve um certo estranhamento, inclusive por parte de Angelina. Ela, por sua vez, parecia não querer desgrudar do acompanhante terapêutico, pois só suportava estar ali desde que postada ao lado dele. Nunca se arriscava a circular pelo salão nem tentava uma conversa com quem quer que fosse Lucila, de seu lado, tentava proporcionar um lugar para Angelina, seja convocando-a a participar da conversa, seja ensinando-a a dobrar folhas de uma revista velha para transformá-la em uma miniatura de árvore de Natal. A estratégia do acompanhante terapêutico, nesse momento do tratamento, era tentar abrir brechas para que um terceiro pudesse atravessar a transferência entre ele e Angelina, desestabilizando a simbiose. Seus esforços estavam voltados para um gradual afastamento, para que Angelina tivesse oportunidades de se apropriar das ofertas de laço social ali presentes.

Era tempo de festas de fim de ano, e estava programada uma comemoração no teatro do CEU, aberta à comunidade. Havia pouco tempo entre o início dos ATs e festa, mas isso não impediu que Angelina e o acompanhante terapêutico de participarem de uma coreografia que se realizou no palco do teatro, junto com um grupo de pessoas que já a vinham ensaiando. Estavam lá, dançando para uma platéia, imitando os passos de acordo com o que era possível apreender por observação. Angelina, aquela que era a “incapaz”, apresentava-se para uma platéia lotada, com direito a aplausos e atenções. Evidentemente, aquele era o início de uma belíssima parceria de trabalho, coroada no fim do ano com essa apresentação. Não se sabe o efeito dessa apresentação no tratamento de Angelina, mas era certa a generosa oferta de laço social que ali ocorria.

O início do ano seguinte foi marcado por mudanças notáveis. Angelina e o acompanhante terapêutico passaram a frequentar uma oficina de costura, espaço onde se faziam bonecas de fuxico a toque de caixa, para serem vendidas em um bazar. Angelina não conseguia manejar uma linha e uma agulha, mas estava presente, fazendo colagens de feltro em uma capa de um caderno. Tinha ali uma tarefa a realizar, em meio a senhoras, adolescentes habilidosas e técnicos da instituição. Ela já suportava ficar mais distante do acompanhante terapêutico. No entanto, eles ainda chamavam a atenção: uma

adolescente com um “jeito esquisito” e um único homem espetando a mão ao tentar costurar fuxicos. Perguntas eram constantes, sempre dirigidas ao acompanhante terapêutico, que por sua vez redirecionava os interesses das senhoras para a própria Angelina. “Como ela se chama? Ela tem irmãos? Você é o pai dela?” Em vez de responder as perguntas, o acompanhante terapêutico pedia que elas fossem reendereçadas a Angelina, na tentativa de se afastar ainda mais dela, pois a intenção era a de que Angelina passasse a construir um lugar no grupo, conforme suas possibilidades.

O trabalho seguia a passos firmes, até que veio a notícia de que a oficina de costura teria de mudar de horário, por conta de exigências da prefeitura. Os técnicos responsáveis foram convocados a participar de uma supervisão institucional que ocorria naquele horário. O que parecia uma má notícia revelou-se, na verdade, uma guinada nas estratégias de tratamento nesse AT e suas tentativas de criação de ofertas de laço social. De fato, não haveria mais a constância de um grupo, ponto importante para a condução do processo de tratamento. No entanto, abriram-se novas possibilidades de encontro, o que resultou em um aproveitamento maior do espaço do CEU, além de outro tipo de usufruto do CECCO — não havia mais a constância de um grupo, mas a instituição estava ali, presente, com suas alternâncias, seus fluxos, seu movimento.

Era final do mês de abril, Angelina e o acompanhante terapêutico se aproximavam do CECCO, sempre da mesma forma, ela correndo na frente, ansiosa para entrar em um espaço físico que se tornou bem familiar. Mas era um dia diferente, no qual se promovia uma festa de comemoração para os aniversariantes do primeiro quadrimestre do ano. Esse era o caso de Angelina. Sua entrada foi triunfal, como de hábito, mas o entorno estava muito diferente. Havia mais de sessenta pessoas ao redor de uma mesa, na expectativa de um sorteio organizado por Lucila. Era um sorteio de um quadro, doado por uma usuária, para aqueles que estavam celebrando o aniversário. Angelina rapidamente foi incluída para participar da sorte grande. Lucila lhe ofereceu a possibilidade de retirar o papel do felizardo e, para surpresa de todos, era dela o nome sorteado. Ela ganhou o quadro e, mais do que isso, sustentou seu lugar no sorteio como protagonista, que durou mais de vinte minutos, sem qualquer interferência por parte do acompanhante terapêutico. Ela passou a ser conhecida como a sortuda que ganhou a pintura, ganhou muitos olhares, não

saía da e, logicamente, não do presente por nada. Angelina e o acompanhante terapêutico, ao chegarem em sua casa, causaram surpresa a Isolina, sua mãe: “Mas o que aconteceu? O que é esse quadro?” O acompanhante terapêutico explicou o ocorrido e pediu à mãe que pendurasse o quadro na parede. Angelina teve muita sorte!

Quinze dias depois, houve o almoço de comemoração do dia das mães — o cardápio era lasanha com salada. A equipe estava em polvorosa, tomada pela urgência dos preparativos. Todos estavam ocupados com uma série de providências a tomar. Lucila sugeriu uma visita à cozinha, onde havia umas cinco pessoas atarefadas com os afazeres do almoço. Nesse espaço, existiam travessas e mais travessas de lasanha, uma panela enorme de arroz e bacias de legumes cozidos. Foi impressionante o acolhimento dado a Angelina. O acompanhante terapêutico ficou encostado, em um canto, enquanto ela assistia à confusão da cozinha sentada à mesa. Paula⁴⁴, técnica administrativa do CECCO e extremamente habilidosa, sempre puxava um dedo de prosa, comentando a confusão do dia. Ao perceber que Angelina não iria participar do almoço, não se fez de rogada, e logo lhe serviu um prato de legumes cozidos, que foi prontamente aceito. Enquanto comia os legumes, Angelina assistia aos preparativos da festa, bastante atenta a tudo o que se passava a seu redor.

Havia uma alternância nas cenas ocorridas durante os ATs, já que as festas e eventos não eram semanais. Houve situações em que a instituição estava vazia, estando ali presentes apenas Paula e mais algum outro técnico. Era necessário ousar mais, tentar novas possibilidades de aposta nos recursos de Angelina. Foi quando o acompanhante terapêutico teve a idéia de parar o carro na portaria do CEU, pedir a Angelina que fosse sozinha até o CECCO e esperar na instituição o tempo de estacionar. O trajeto da portaria até o CECCO é de aproximadamente duzentos metros, o que configurava uma enorme extensão, se se pensar que ela tinha pouquíssimas oportunidades de caminhar sozinha. Angelina desceu do carro e conseguiu ir ao encontro de Paula. A primeira vez que isso ocorreu foi um acontecimento importante. A adolescente que repetia para si mesma que devia ter cuidado ao subir a escada de sua casa passou a se deslocar sozinha dentro de um espaço público. Tal acontecimento foi pontuado pelo acompanhante terapêutico, diante

44. Nome fictício

de Angelina, Paula e Lucila. Desde então foi sempre assim que aconteceu. Do lado da equipe do CECCO, todos passaram a saber o horário em que Angelina chegaria sozinha ao saguão da instituição.

O ritual era o mesmo: o acompanhante terapêutico parava o carro para que Angelina descesse e fosse até o CECCO. Mas um dia, passou um homem na rua vendendo jabuticabas. O acompanhante terapêutico as comprou. Ao chegar ao CECCO, ele encontrou Angelina, Paula e Heloisa⁴⁵ (técnica administrativa) em torno de uma mesa, conversando... Angelina contara a elas que o acompanhante terapêutico estava demorando porque fora estacionar o carro, que ela tinha ido à USP naquela semana, que a psicóloga da USP estava lá etc. Em função de conversas anteriores entre Angelina, Paula e Heloisa, já era possível estender um diálogo, sempre sustentado por todos. Em outro AT, Angelina contara a todos que um colega da USP, José⁴⁶, jogara a mochila em um lago, situação presenciada por ela e ocorrida no dispositivo denominado grupo de passeio, pertencente à montagem institucional da Associação Lugar de Vida – Centro de Educação Terapêutica. José acabou se tornando um assunto importante, já que Angelina parecia se importar com ele. Paula perguntou como ele estava, e logo Angelina comentou que ele lhe deu um safanão ou coisa parecida e que ela não tinha gostado. Estavam todos em torno das jabuticabas. Angelina colocou uma fruta na boca e começou a mastigar, inclusive com a casca. Disseram a ela que não era assim que se comiam jabuticabas, porque a casca era amarga. Ela cuspiu no prato, enquanto se lhe explicava que o gostoso era o “recheio” da frutinha, a parte branca. Angelina logo se desinteressou pela fruta e “puxou papo”, ao dizer que sua mãe estava bonita porque fez chapinha no cabelo, na casa de sua tia. Contou também que sua mãe lhe comprou um tênis novo e logo o exibiu para todos. Vale ressaltar sua saída diante do ocorrido. Sua “esquisitice” em não saber comer jabuticabas cedeu espaço, imediatamente, uma conversa de mulher, incitada e sustentada por Angelina e admirada por todos. O tempo voou, já havia se esgotado. Surpresa, Heloisa exclamou: “Nossa, como passou rápido, nunca pensei que pudesse ser tão divertido ficar com Angelina”.

45 . Nome fictício.

46 . Nome fictício.

Contudo, nunca se sabia de antemão o que se encontraria no CECCO. Ocorriam, em certas situações, promessas preciosas de oferta de laço social. Outras tantas vezes, a instituição estava esvaziada, o que convocava Angelina e o acompanhante terapêutico a circular por outros espaços do CEU.

Foi o que ocorreu em um dia, quando eles foram à biblioteca do CEU fazer uma visita. Na entrada, há uma catraca com um balcão, onde as crianças devem deixar suas mochilas e outros pertences para entrarem naquele espaço físico. Gustavo⁴⁷ recebeu Angelina com muita atenção, oferecendo-lhe a possibilidade de guardar sua sacolinha repleta de papéis velhos, o que foi prontamente recusado por ela, pois não queria se desgrudar de seu objeto (não seria o seu “ursinho”, tal como Winnicott teorizou, ao criar o conceito de objeto transicional?). Gustavo insistiu na regra de funcionamento da biblioteca, contando situações em que crianças e adolescentes aproveitavam para furtar gibis e livros e escondê-los junto com os pertences eu carregavam. A regra era clara. Ela não poderia ingressar na biblioteca com mochilas, sacolas ou pacotes nas mãos. Nesse momento, o acompanhante terapêutico se distanciou de Angelina, para propiciar um espaço de diálogo entre ela e Gustavo para a solução do impasse. Alguns minutos depois, Gustavo se volta para o acompanhante terapêutico e propõe quebrar um galho, pois percebera que a recusa de Angelina não era, em absoluto, estratégia para furtar. Nesse momento, o acompanhante terapêutico interveio, não para aceitar o jeitinho proposto por Gustavo, mas para sustentar que existe uma regra a ser seguida por todos. Foi posta a Angelina a questão: “Olhe, ou você deixa Gustavo guardar sua sacolinha ou não pode entrar na biblioteca”. Ela optou por não entrar na biblioteca...

No AT seguinte, Angelina entra no carro sem a sacolinha e se volta para o acompanhante terapêutico: “Vamos à biblioteca?” Ela entendeu muito bem o que se passou, realizou suas escolhas, seja a de não se desvencilhar da sacolinha, seja a de ir à biblioteca na semana seguinte. Parece que ela sabe muito bem o que quer... Nessa ida à biblioteca, Angelina conheceu Priscila⁴⁸, atendente, que também se mostrou bastante solícita e atenciosa. Angelina, em seu turno, debruçou-se no balcão e se dirigiu à moça, com pose de menina: “Olá, meu nome é Angelina”. Importante salientar a idéia de que

47 . Nome fictício.

48 . Nome fictício.

ela já não causava estranhamentos, pois era capaz de se incluir em um laço como de fato ela é, uma adolescente com jeito de menina. Entrou na biblioteca, passou os olhos nas estantes de livros e gibis, até pegar algo para folhear. Assim o fez, sentada à mesa, como faz um usuário de um serviço público, usufruindo o acesso sem restrições...

Em função da virada do ano e das conseqüentes mudanças de horários de oficinas na instituição, foi possível para Angelina e o acompanhante terapêutico voltarem a freqüentar uma oficina, agora de reciclagem. Um dia, estava Ivana⁴⁹, assistente social, confeccionando um avestruz com jornal velho e cola caseira. Era uma peça grande, cujo corpo, uma bexiga enorme, fora todo envolvida por pedaços de jornal e cola. Ivana e Paula aguardavam a chegada de Angelina para que ela auxiliasse na execução do avestruz. Em torno dessa tarefa, estavam ela, outros usuários, Ivana e Paula, todos envolvidos e atentos às histórias de Ivana, que revelava os segredos da arte de mexer com cola e jornais velhos. A conversa girou em torno do avestruz, bicho curioso que gostava de esconder a cabeça. O projeto de Ivana consistia em fazer o animal envolvendo um número grande de crianças e adolescentes e, segundo ela mesma, Angelina não poderia ficar de fora, inclusive do concurso para a escolha do nome do avestruz. Os avanços eram notórios, Angelina se incluía na conversa e na realização da tarefa. Ela era responsável por colar a tira de jornal no corpo do avestruz e friccionar o dedo sobre a tira para encorpar o animal.

Ocorreram muitas outras cenas importantes... No entanto, o que queremos destacar no momento é a qualidade da generosa oferta de laço social apresentada por Lucila, Paula, Ivana e Heloisa, todas envolvidas no projeto institucional do CECCO.

Lucila, teimosa, certa vez insistiu com Angelina para que ela ajudasse a grudar um cordão com bexigas na parede. De seu lado, Angelina parecia não entender o pedido de Lucila, que, por sua vez, não recuou. Seria mais fácil ela mesma resolver a tarefa, mas optou pelo caminho mais trabalhoso, porém condizente com a proposta institucional do CECCO: envolver os usuários na realização de uma tarefa. É preciso dizer que a teimosia de Lucila resultou no esperado, pois Angelina, depois de alguns minutos, entendeu e conseguiu auxiliar Lucila no que fora solicitado.

49 . Nome fictício.

Paula, sem formação em nível superior, sabe exatamente o que deve oferecer ali. A qualidade de sua oferta parece prescindir de qualquer formação oriunda dos livros, uma vez que ela se insere no laço social de forma aberta, curiosa, atenta e muito afetiva. Paula se mostrou extremamente habilidosa na estratégia de construção de um repertório de conversa com Angelina. Sempre que um assunto novo aparecia em um AT, ele não era posteriormente desprezado, mas sim incluído em um rol de possibilidades a ser aproveitadas em futuros diálogos. Todo detalhe novo era percebido e explicitado. A intuição de Paula encontra ecos nas palavras de Oury, quando ele salienta o fato de que um acontecimento, na instituição, tem valor terapêutico e que o novo deve sempre ser destacado, aproveitado. É o que Paula faz, pois sempre comenta os avanços de Angelina diante dela mesma, em alto e bom som, de uma maneira muito especial.

Ivana, assistente social, trouxe também sua marca. No dia em que ocorreu a cena da confecção do avestruz, surgiu um grupo de adolescentes na instituição em busca de camisinhas, já que era sexta-feira e o fim de semana prometia muitas “baladas”. Ivana interrompeu por alguns minutos sua participação no avestruz para acolher o grupo de meninos. Ao voltar, acha graça em seus meninos, comenta que se impressiona com a rapidez com que garotos de 12, 13 anos já adquiriram experiência sexual e se volta para Angelina com a mesma naturalidade. Deixou claro que seu interesse é o de trabalhar com adolescentes, tratando-os do mesmo jeito, seja Angelina, seja um grupo de meninos em busca de camisinha.

Por fim, há também Heloisa, técnica administrativa. Ela realizou um movimento de aproximação: no início dos ATs, ela se mantinha à parte de Angelina, mas, aos poucos, foi se aproximando a ponto de se surpreender com a possibilidade de perceber o tempo como algo que passa rápido: “Nossa, nunca pensei que pudesse ser tão divertido ficar com ela”. Heloisa passou a introduzir a música nos encontros, ao cantarolar algo que Angelina pudesse conhecer e cantar junto, além de se incluir nas estratégias de ofertas de laço social da instituição: estava realmente implicada no trabalho.

A questão que se apresenta é: por que levar Angelina a um CECCO? Qual é sua especificidade, naquilo que se refere a sua concepção institucional? E suas oficinas, em

que medida poderiam favorecer o tratamento? Essas questões, em certa medida, justificaram a proposta de um projeto terapêutico para o referido caso, ao menos em seu ponto de partida. No entanto, a reflexão se estende para além de uma oficina terapêutica de um CECCO, uma vez que o processo de tratamento de Angelina sofreu uma guinada bastante interessante, no momento em que ela deixou de participar da oficina de costura e passou a transitar pelo território institucional, até retornar para uma outra oficina, a de reciclagem, após um tempo de circulação livre pela instituição.

Assim sendo, a presente teorização comportará dois tempos: o primeiro consiste em precisar o alcance terapêutico de uma oficina em um CECCO, bem como o usufruto de Angelina dessa experiência para, em um segundo momento, estender a leitura desse dispositivo de tratamento (oficina em grupo) para a instituição como um todo. Dito de outro modo, é possível conjecturar que um CECCO, seja em uma oficina, seja em seu território institucional como um todo, mantém a especificidade de uma oferta preciosa de laço social para o tratamento possível das psicoses.

Propomos resgatar alguns elementos importantes, tais como alguns breves recortes acerca do paradigma italiano da reforma psiquiátrica, já discutidos anteriormente no capítulo “A reforma psiquiátrica e o surgimento do acompanhamento terapêutico”, para aí circunscrevê-los no interior de uma oficina, sobretudo para focalizar um aspecto: o modo de coordenação dos referidos grupos, à luz da teoria freudiana dos fenômenos de massa, presente nesses dispositivos de tratamento. Por fim, apresentaremos uma reflexão sobre a idéia de que um CECCO, para além de uma oficina, é um território fecundo de circulação dentro da cidade.

A psiquiatria democrática italiana, pertinente para a caracterização dos CECCOs, leva a pensar que se é a sociedade que produz a loucura e exclusão social, cabe a ela promover estratégias sociais e institucionais de inclusão social. Indagou-se a ligação de dependência entre a psiquiatria, a lei da justiça e a ordem pública, bem como o caráter social daqueles que estavam internados no manicômio e também o estatuto moralizante de uma certa ciência. Tem-se como exemplo o ocorrido em Trieste, por ocasião do desmonte de seu manicômio atrelado à reurbanização dos espaços públicos da cidade.

Segundo Rotelli (1987), a implementação do modelo italiano de substituição do manicômio seguiu alguns passos, tendo como modelo intermediário a experiência inglesa de Cooper, denominada comunidade terapêutica. Ao se constatarem as péssimas condições de vida dos internos, o que se realizou, em um primeiro momento, foi uma revitalização das relações institucionais, que permitiu uma quebra nas antigas cristalizações de relações de poder do médico e/ou técnicos sobre o usuário. Ao se horizontalizarem as relações institucionais, foi possível incluir os pacientes nas diretrizes de seu próprio tratamento. O efeito da adoção dessa estratégia foi o de incluir a dimensão política no tratamento da loucura. Conforme Rotelli,

“mais que uma comunidade terapêutica, forma-se um laboratório de tomada de consciência coletiva, no qual a terapia começa a assumir outra face: torna-se um problema de emancipação do sujeito, de forma conjunta, e de desenvolvimento de uma relação crítica entre o coletivo e instituições” (1987, p. 3).

No entanto, a implementação da horizontalização das relações institucionais, conforme a experiência de David Cooper, foi somente um passo intermediário para o avanço da implementação do modelo italiano. As questões de transformação do próprio hospital evidenciaram o aspecto político que sustentara o modelo manicomial que tanto se criticara. Era necessário ir além, pois se observou que as pessoas que ali estavam não eram economicamente desprovidas. Isso levou a uma cobrança, por parte da equipe, a um engajamento das forças políticas no problema, que não mais estaria na doença, e sim na situação de pobreza.

Rotelli aponta que a experiência de Trieste, liderada por Basaglia, foi a mais completa. De início, a equipe trabalhou no interior do manicômio, de acordo com a proposta de horizontalização das relações institucionais. Posteriormente, criou-se um segundo passo, o de estabelecimento da relação entre o interior do hospital e o exterior, no caso, a própria cidade. Assim, a população em geral passou a circular pelo interior do hospital, a participar de festas etc. Em contrapartida, os usuários passaram a ser denominados hóspedes. Nessa troca, começou a se modificar a cultura sobre o hospital e o doente mental. Enfim, a abertura do hospital e o decorrente fluxo de cidadãos e hóspedes permitiram estreitar os laços entre o desmonte do manicômio e os efeitos desse desmonte no projeto urbanístico da cidade. Após alguns anos do início do processo de abertura do manicômio de Trieste, começaram a ser construído centros externos que

acolhiam os usuários de saúde mental em uma dupla demanda: a de tratamento e de apoio social e econômico. E, nesse contexto, formaram-se as cooperativas.

A partir dessas mudanças, foi realizado um *referendum* para abolir, da lei jurídica, os antigos paradigmas que sustentavam a prática manicomial em prol de uma nova práxis, fundamentada em pressupostos éticos e políticos distintos, tais como: o deslocamento de uma visão naturalista da doença mental, com seus critérios cientificistas de desvio a uma norma, para um entendimento do fenômeno mais amplo, em que a dimensão social e política se faziam presentes. Vê-se também o deslocamento de uma dimensão restritiva do usuário para uma tentativa de alargamento dos graus de liberdade pessoal. Nesse caso, inclui-se a necessidade de ampliar os espaços de liberdade do usuário, que reverbera na emancipação do espaço onde o mesmo circula. Vale romper com a lógica mecanicista do sintoma e sua remoção ao priorizar a participação em detrimento da tutela; busca-se valorizar as possibilidades e probabilidades, em detrimento da noção de causa e efeito e também recomenda-se priorizar a ênfase na construção de um objeto, em detrimento da idéia de um trabalho sobre um objeto já conhecido e estigmatizado.

Desse modo, os CECCOs, de acordo com Lopes (1999), são situados em parques, centros esportivos, praças, entre outros. Eles buscam acolher e catalisar encontros de heterogeneidades. Os CECCOs não atendem a uma única demanda, ao contrário dos CAPs, mas abarcam todas as demandas possíveis entre os usuários, tais como crianças, adolescentes, idosos, portadores de necessidades especiais, enfim, todas as facetas possíveis do humano. A demanda de acolhimento das psicoses é somente mais uma... Nesse contexto, os CECCOs se caracterizam por um perfil cultural em que se promovem a

“convivência e o exercício da cidadania em equipamentos sociais públicos, através da arte e do trabalho cooperado, desprovido dos aparatos clássicos de serviços de saúde. (...) Além de introduzirem no imaginário popular uma nova inscrição de saúde e integração, ofereciam (...) indicadores culturais, que nessa nova modalidade intersetorial de executar saúde, se apresentam como balizadores na definição de ‘qualidade’ de vida” (Lopes, 1999, p. 147).

Posto isso, quais as implicações desse paradigma institucional sobre uma oficina realizada em grupo? De que maneira a concepção freudiana acerca do fenômeno de

massa permite uma caracterização do referido dispositivo de tratamento? Os coordenadores de oficinas buscam promover fenômenos de massa na condução/manejo dos grupos? Como atrelar a contribuição freudiana de fenômeno de massa quando se busca descrever a natureza dessa oficina ou grupo, vinculada à referida concepção institucional? É possível precisar seu alcance clínico?

Em uma instituição como o CECCO, a problemática do grupo condiz com o propósito de promover o convívio da heterogeneidade e, assim sendo, a demanda de acolhimento da psicose é somente uma entre várias. Acrescentam-se a ela as outras demandas, advindas da alienação oriunda da experiência de violência, do preconceito contra a terceira idade etc. Desse modo, a

“organização grupal nesse contexto pode significar um recurso para desvendar a alienação, pois cria um espaço experiencial configurado por identificações em desejos comuns, uma vez que todos podem compartilhar de uma mesma tarefa. Essa forma de integração em grupo possibilitou o desenvolvimento de um fazer desalienante e criativo e um processo que permite a construção de novas formas de vínculo e pensamento, de relação entre experiência, representação e realidade” (Lopes, 1999, p. 151).

As oficinas dos CECCOs se organizam no pressuposto do grupo operativo, cujo expoente é a noção de grupo centrado na tarefa, idealizado por Pichon-Rivière. Segundo Lopes (1999), a interação grupal pela tarefa possibilita trabalhar conflitos e diferenças presentes no grupo a partir do que se pode denominar convivência. No grupo

“os indivíduos se reconhecem e se estranham, trocam de lugares e conquistam novos ou velhos lugares modificados. Um processo com a natureza viva, porém não natural, instrumentalizando o exercício de conviver, favorecendo um flagrar-se que amplia repertórios, compreensões e potencialidades individuais e coletivas” (Lopes, 1999, p. 152).

Foi notório o aproveitamento de Angelina, quando ela participou da oficina de costura. Em meio às técnicas de fuxico ou de colagem de feltro em capas de cadernos, Angelina foi constantemente solicitada a responder aos chamados de outros participantes, bem como a responder aos olhares atentos de seus coordenadores. A impossibilidade de se desgrudar do acompanhante terapêutico cedeu terreno a outra condição, a de estar entretida na realização de uma tarefa — que nesse primeiro momento não foi grupal —, mas que lhe permitiu suportar estar ali presente, não mais colada à presença do acompanhante terapêutico, uma vez que havia a mediação de um outro: participantes da oficina de costura, coordenadores, ou mesmo seus cadernos.

No entanto, o momento em que Angelina se deparou com a confecção do avestruz, após (aproximadamente) um ano de AT, seu engate à realização de uma tarefa comum foi precioso, pois nesse momento ela sustentou um lugar próprio, ao prescindir por completo da presença do acompanhante terapêutico. Efetivou-se a ação clínica de uma oficina em um CECCO em seu tratamento, quando ela pôde desfrutar o alcance clínico que esse dispositivo de tratamento oferece. Mas, no que mesmo consiste esse alcance clínico? Como, finalmente, caracterizar uma oficina ou um grupo do CECCO? Em que medida a noção de fenômeno de massa, advindo da teoria de Freud acerca do laço social, permite vislumbrar a ação de seus coordenadores, de modo a precisar a finalidade clínica de um grupo ou oficina?

O coordenador de uma oficina de um CECCO rege-se por certo saber quando propõe atividades (de fato, não dá para realizar reciclagem de jornal velho com gasolina). No entanto, esse saber *não* pode ser absoluto, pois o propósito de uma oficina é a realização da tarefa envolvendo os participantes, para criar os chamados encontros de heterogeneidades. Poderíamos afirmar que o lugar do coordenador é o de transmissão de um certo saber sobre esta tarefa, mas não o de encarnar esse ideal/saber como uma camisa-de-força, como a única maneira correta para a realização da tarefa.

Cabe ressaltar que os fenômenos de massa ou grupo, descritos por Freud, são inevitáveis nessa modalidade de oficina. Há momentos em que o coordenador oferece certos subsídios para a execução, por exemplo, de um avestruz com jornal e cola. No entanto, pode-se indicar uma proposição que seria a seguinte: os fenômenos de massa ocorrem na justa medida do coordenador quando ele traz os elementos essenciais para determinada proposta de execução de tarefa. No entanto, recomenda-se um *não* engessamento nessa mesma posição, ao se deslocar do lugar de líder para aquele que é também mais um, aquele que abre espaço para o engate dos usuários na realização daquilo que foi proposto.

Cabe ao coordenador de oficina de um CECCO abrir espaço para que os usuários tentem mobilizar seus recursos e, dessa maneira, deixar que os erros e acertos de cada um possam ser acolhidos nesse espaço de tratamento. Angelina não era a mais eficiente no trato com as tiras de jornal e cola, mas isso de nada importava... Importava a

proximidade com outros participantes da oficina, sua atenção às histórias de Ivana, o contato com os materiais e a forma que o avestruz ia tomando — bem como sua permanência — o que lhe permitiu ser co-autora de um objeto que promovia laço social entre os que ali passavam.

A ênfase está posta no encontro de heterogeneidades, na convivência. A participação de Angelina no CECCO teve a função clínica de dar sustentação aos ganhos oriundos do processo de tratamento. No caso específico das demandas de tratamento das psicoses, o CECCO oferece, na qualidade da oferta de seu laço, uma possibilidade de sustentação à estabilização do sujeito psicótico, porque o convite a realizar uma tarefa, seja ela qual for, prescinde das exigências de acerto presentes em uma sala de aula ou um curso profissionalizante.

Foi notório o aproveitamento de Angelina da circulação no território institucional do CECCO, no período em que ela não participou de nenhuma oficina. Ocorreram momentos importantes, tais como sua participação no sorteio do quadro, sua presença na cozinha durante os preparativos do almoço do dia das mães, seu trajeto da portaria do CEU até o CECCO sem a presença do acompanhante terapêutico, a degustação de jabuticabas, enfim, circunstâncias que possibilitaram um modo de apropriação daquele espaço institucional, onde ela se fez ser reconhecida e acolhida, não somente pelos técnicos, mas também por alguns usuários.

Apesar de ser um território de passagem, essa experiência pôde demonstrar que o CECCO, mesmo nos momentos em que não ocorre uma oficina, sustenta sua proposta de encontro com as heterogeneidades. É um território de passagem que, paradoxalmente, mantém certa constância. Ao longo do tempo, Angelina conquistou e sustentou vínculos importantes, a ponto, inclusive, de cativar o interesse daqueles que ali circulavam. Ora, cabe lembrar a descoberta de Heloisa, ao se surpreender com a rapidez do tempo quando desfrutava a presença daquela menina que construiu um lugar singular, próprio. Dentro da cidade, no interior de um belo parque, o número de pessoas que ali circulam é restrito o suficiente para possibilitar encontros. Ao longo desse percurso, nessa trajetória de AT, muitas outras pessoas cruzaram o caminho de Angelina, o que gerou um efeito surpreendente: uma oferta de laço social no qual foi possível suportar um tanto de suas

“esquisitices”, que em um primeiro momento eram mais marcantes, mas que depois passaram a ser secundárias, ao não causar mais estranhamento. Impressiona, nesse sentido, os efeitos que uma instituição dessa natureza promove em seus usuários, pois uma vez atravessados pela experiência de circulação nesse território, acabam por incorporar a disponibilidade para com o outro.

Bom, e como terminou isso tudo? O acompanhante terapêutico, por motivos de trabalho, foi obrigado a sair do caso. Alguns meses antes, porém, Isolina foi chamada pela equipe do CECCO para conhecer a instituição e parte de seus profissionais, para saber onde ocorreram essas tantas histórias com Angelina. Foi salientado que seria importante manter sua filha presente, seja de manhã ou à tarde, ao menos uma ou duas horas por semana.

Isolina concordou com essa fala, apesar de que há, por parte do acompanhante terapêutico e também da profissional de referência de Angelina, certa desconfiança quanto a sua promessa de Isolina de permitir a continuidade da circulação de Angelina no CECCO. Optou-se por esperar um certo tempo. Qual será o movimento de Isolina? Será que ela vai demandar um outro acompanhante terapêutico⁵⁰ na instituição de tratamento? Ou ela vai se responsabilizar em acompanhar sua filha até o CECCO? De qualquer forma, os profissionais envolvidos no tratamento resolveram sustentar um certo vazio, um tempo de espera, na aposta de que Isolina realize outro movimento, quem sabe não realizar um boicote ao tratamento da filha...

50 . Houve um fato importante. Depois de um ano e meio, aproximadamente, Isolina consentiu pagar um valor simbólico para os ATs de sua filha. Percebeu-se nessa decisão um reconhecimento do trabalho, o que foi comemorado por aqueles que estão diretamente envolvidos nesse tratamento.

Capítulo 5
UMA NOVA INDICAÇÃO CLÍNICA PARA O
TRATAMENTO POSSÍVEL DAS PSICOSES
O sinthoma e o laço social

“Joyce tem um sintoma que parte do fato de que seu pai era carente, radicalmente carente — ele só falava disso. Centrei a coisa em torno do nome próprio, e pensei que — façam o que quiserem desse pensamento —, ao se pretender um nome, Joyce fez a compensação da carência paterna.

(...)

Mas é claro que a arte de Joyce é alguma coisa de tão particular que o termo sinthoma é de fato o que lhe convém” (Lacan, 1975-1976, p. 91).

Vimos no capítulo denominado “Apontamentos sobre pai na psicanálise: um avanço teórico e uma indicação clínica no tratamento possível das psicoses”, o modo como Lacan se debruçou sobre o texto freudiano ao oferecer uma indicação clínica: a construção da metáfora delirante. Naquele momento de sua obra, atravessada pela teoria do significante e da linguagem, Lacan foi capaz de superar o impasse freudiano acerca do tratamento possível das psicoses ao propor um manejo da transferência — o testemunho do delírio ou o secretário do alienado. Para Lacan, aquilo que não pôde ser simbolizado, na psicose, retorna pela via do real. O delírio, portanto, tem esse estatuto — uma consequência do retorno do real —, cujo tratamento incide em escutá-lo, com o intuito de construir uma metáfora delirante capaz de construir contornos ao retorno do real que fora foracuído.

No entanto, com os avanços teóricos de Lacan, a noção de metáfora delirante como direção de tratamento foi substituída pela noção de construção do sinthoma. Aqui reside um argumento importante, na medida em que se abre uma nova direção de tratamento para as psicoses, no caso, incluir a dimensão do laço social, de sorte a avançar ainda mais no debate acerca dos tratamentos possíveis das psicoses. A construção da metáfora

delirante — bem como as suplências imaginária e simbólica — abrem espaço para uma posição possível de cada sujeito psicótico em face do laço social. Para Lacan, nesse momento de sua teoria, é disso que se trata... De que maneira um psicótico pode construir o seu sinthoma, para possibilitar uma amarração possível e singular com o laço social?

A questão acima remete ao estatuto do Nome-do-Pai, que sofreu mudanças ao longo da obra de Lacan, tal como se apresenta a seguir. O propósito maior deste capítulo é apresentar uma mudança importante no estatuto do Nome-do-Pai na estruturação da subjetividade e oferecer os subsídios teóricos necessários para a discussão acerca da paranóia e o modo como se constitui o enodamento dos três registros — real, simbólico e imaginário — nesse tipo clínico da estrutura psicótica. Faz-se, portanto, uma menção às teorizações de Jacques Lacan sobre Joyce. Não porque Joyce fosse um paranóico... Aliás, Lacan (1975-1976) afirmou que, do ponto de vista clínico, Joyce não era analisável. “Enfim, é claro que ele era pouco predisposto à análise” (Lacan, 1975-1976, p. 77). No entanto, as teorizações de Lacan sobre Joyce oferecem uma preciosa indicação clínica para o tratamento possível das psicoses, no momento em que ele justamente afirma que a carência paterna de Joyce fora suplementada por sua escrita, sua arte e seus efeitos de laço social como suplência à forclusão do Nome-do-Pai.

A clínica nos demonstra que os paranóicos aproximam-se mais de Schreber do que de Joyce: o sepultamento do mundo, as crises, as alucinações, os delírios, o desmantelamento do imaginário. A noção de sinthoma é sem dúvida alguma uma contribuição que indica um caminho possível para os tantos “*Schreberes*” que chegam à clínica. O recorte clínico deste capítulo serão fragmentos de escrita do caso João.

Desse modo, apresentaremos uma breve reflexão acerca da concepção de real desde o Seminário *Mais, ainda*, no intuito de oferecer um ponto de partida para o leitor. De qual real se trata nesse momento da obra de Lacan? No referido seminário, Lacan não abordou a questão do pai, o que então desemboca em uma discussão sobre o registro do real, simbólico e imaginário e o entrelaçamento deles a partir da figura topológica do nó borromeano de três elementos. Optamos por apresentar essa reflexão como ponto de partida para, posteriormente, retomar os avanços da teoria do Nome-do-Pai nesse momento da obra lacaniana, mais precisamente a partir dos Seminários *RSI* e *O*

Sinthoma, pois neles Lacan nos oferece subsídios teóricos importantes para pensar a subjetividade humana, além de seus desdobramentos no tipo clínico da paranóia. Qual é o estatuto do Nome-do-Pai na teoria dos nós borromeanos? Quais conseqüências a forclusão do Nome-do-Pai provoca no nó borromeano da paranóia, tanto do ponto de vista da teoria como também da indicação clínica?

5.1. A noção de real e o nó borromeano

Lacan, no Seminário 20, *Mais, ainda*, interroga-se a respeito das repetições presentes em um tratamento em uma análise de neuróticos. De que forma Lacan teorizou esse fenômeno clínico, de modo a inaugurar uma nova indicação clínica — a clínica do real — para superar as repetições presentes na clínica psicanalítica?

Lacan (1972-1973) inicia seu seminário problematizando a noção de gozo¹ do ser. Ele afirma que o *gozo do ser* é comandado pelo supereu, que tem como o imperativo: “*Goza*” (Lacan, 1972-1973, p. 11). É na ordem do gozo do ser que podemos entender o que Freud desenvolveu acerca da pulsão de morte. Esse gozo do ser nos dá a condição de refletir sobre a clínica, sobretudo quando entendemos certos fenômenos clínicos, tais como certos momentos subjetivos em que uma análise parece não avançar. O que faz um analisante permanecer em suas repetições? Como entender esse fenômeno clínico, já teorizado por Freud nos artigos da técnica? Ora, o gozo do ser é algo da ordem do não querer saber disso, apesar de o gozo permanecer aí... mais, ainda. O *gozo do ser* condiz com a pulsão de morte, cuja evidência clínica são as repetições.

O conceito de real também é relevante para a presente reflexão, uma vez que Lacan propõe uma equivalência entre o gozo do ser e o registro do real. Há algo das repetições que insiste, retorna e que tem consigo um caráter de ser irrepresentável. A partir de um comentário de Rabinovich (1993), seguem-se quatro apontamentos sobre o real:

1. Porge (2006) aponta para o fato de que Lacan desejou designar o campo do gozo como o campo lacaniano. Há, de fato, várias modalidades de gozo, tais como “gozo mortal, o gozo do ser, o gozo fálico, o gozo do Outro, o mais de gozar” (Porge, 2006, p. 249).

1. O real é aquilo que retorna sempre ao mesmo lugar, lugar de semblante. Nesse sentido, não é possível instituí-lo a partir do registro do imaginário, tal como pode indicar, à primeira vista, a noção de lugar.

2. O real é formulado a partir do impossível de uma modalidade lógica. Lacan define o impossível como aquilo que não cessa de não se inscrever.

3. E descreve também a incompatibilidade entre o imaginário do mundo e o real, de modo a afirmar a impossibilidade de alcançar o real através da representação.

4. Existe uma relação entre o real e o não-todo, que traz consigo modalidades de escrita com as fórmulas de sexuação. Afirma que o real não é universal e, assim sendo, não é possível afirmar que haja todos os elementos de um conjunto que possam demonstrar uma universalidade. Há conjuntos que podem ser determinados a cada caso. Por isso, afirma-se que o real tem, em seu sentido mais estrito, uma idéia de que cada um de seus elementos seja idêntico a si próprio.

Ainda resta articular a noção de gozo do ser ou real com o uso da topologia, pois introduzimos nesse contexto a teoria dos nós borromeanos. Como pensar o conceito de topologia?

Lacan (1972-1973) estabelece uma equivalência entre estrutura clínica e topologia. A topologia, por não ser uma metáfora ou um modelo, acaba por nodular o gozo do ser ou o real do gozo, bem como a estrutura — onde se manifesta o real através da linguagem. A topologia é um saber sobre a posição do sujeito do inconsciente em face do dito e do dizer.

“A posição de onde fala o sujeito, e onde aloja o seu gozo, situa-o em uma topologia dos ditos, com efeitos de sentido, nos quais existe um dizer, (...) um discurso, fora de sentido por ele mesmo” (Porge, 2006, p. 226).

Há, portanto, uma correlação direta entre o dito e o dizer, e o dito assume uma condição de verdade. A verdade, ao contrário do mandamento jurídico de dizê-la toda, na experiência analítica pode ser dita somente pela metade, pelo semidizer.

“(...) toda a verdade é o que não se pode dizer. É o que só pode dizer com a condição de não levá-la até o fim, de só semidizê-la” (Lacan, 1972-1973, p.124)

Tal impossibilidade, a oposição ao mandamento jurídico, explica-se em função do gozo de o ser assumir o estatuto de limite, que pode ser elaborado a partir do semblante do analista. A clínica psicanalítica visa a uma experiência que busca um saber sobre a verdade.

Lacan (1972-1973), nesse momento de seu ensino, preocupou-se em realizar um passo importante sobre a teorização do real através da formalização matemática, ao lançar mão da figura topológica do nó borromeano de três elementos, sendo que cada um deles representa o registro do real (R), do simbólico (S) e do imaginário (I). Vale ressaltar que cada um dos registros por ora citados não assumem um valor maior do que o outro. Não há uma hierarquia entre eles, o que então se poderia escrever I.S.R. ou qualquer outra combinação possível. Para Lacan, a topologia serve como uma estratégia de formalização dos limites, dos pontos de impasse de uma análise, ou conforme Lacan, “os becos sem saída que mostram o real ascendendo ao simbólico” (Lacan, 1972-1973, p. 126). Para Lacan, é a matematização que toca o real, de acordo com o discurso analítico.

5.2. O Nome-do-Pai e a paranóia

A partir do Seminário R.S.I., Lacan se propõe a trabalhar o nó borromeano com quatro elementos, o que indica uma busca de estabilizar o enodamento de três elementos ou, então, estabilizar a própria estrutura. O quarto elemento, Lacan (1974-1975) enfatiza, é o Nome-do-Pai, apresentado como o articulador primordial dos três registros, o real, o simbólico e o imaginário.

O significante Nome-do-Pai, no início do ensino de Lacan, fora apresentado como S_2 , na medida em que era responsável por realizar a substituição do significante Desejo-da-Mãe, este sim considerado como S_1 . Esse ponto é importante para entender a fundamentação teórica que se segue. Assim, o Nome-do-Pai assume estatuto de “nomear”, ou dito de outro modo, uma função articulada a um ato, visto que o ato, conforme Lacan, consiste, justamente, em algo que opera, mas que o próprio sujeito desconhece. Não se trata de se apoiar em um saber inconsciente, próprio de um S_2 . É

nesse sentido que a passagem do Nome-do-Pai como S_1 assume uma subversão no ensino de Lacan, e não mais um progresso do mesmo. O Nome-do-Pai deixa de ser uma função predominantemente simbólica, tal como o foi nos anos 1950, no momento em que ele trabalhou nos três Tempos do Édipo a teoria da substituição do significante Desejo-da-Mãe (presente no primeiro tempo) pelo significante Nome-do-Pai (quando se inicia o segundo tempo), como aparece, por exemplo, na fórmula da Metáfora Paterna².

Lacan (1974-1975) comenta no Seminário *R.S.I.* que Freud, sem saber, já propusera algo similar, quando reconheceu no conceito de realidade psíquica o germe dos desdobramentos que ele, Lacan, vem a sustentar. A proibição do incesto é estrutural, pois nela existe a interdição do incesto e do decorrente assujeitamento da criança ao estatuto do simbólico. Freud nomeou essa operação como Complexo de Édipo. Lacan apura o conceito, ao esclarecer melhor a operação do Nome-do-Pai como nome, como “nomeador”, como aquele que sustenta o simbólico, em um ato de amarração dos três registros.

Porge (1999) analisa o movimento de Lacan a respeito dessa proposição — o Nome-do-Pai como um quarto elemento do nó borromeano capaz de amarrar os registros do real, simbólico e imaginário. Lacan afirma que foi o próprio Freud o inventor da idéia da amarração do real, simbólico e imaginário. A frase “o que Freud instaura com o seu Nome-do-Pai idêntico à realidade psíquica” (Lacan *apud* Porge, 1999, p. 157), cujo acento reside na palavra “seu”, indica duas considerações:

“Ele é um Nome-do-Pai porque é uma nomeação do pai nos dois sentidos do termo: nomeação de uma função do pai e nomeação produzida por Freud, a quem se pode imputar ser o pai da psicanálise. Nomeando o complexo de Édipo, Freud refere esta paternidade a um significante e a um ato de nomeação” (Porge, 1999, p. 157).

Contudo, vale retomar um aspecto citado há pouco, no caso, a idéia do Nome-do-Pai como amarração dos três registros. Porge (2006) avança nessa discussão ao retomar a idéia de Lacan a respeito dos Nomes-do-Pai, no plural, quando Lacan afirma que os

2. $\frac{\text{Nom-du-Père}}{\text{Desir de la Mère}} - \frac{\text{Desir de la Mère}}{\text{signifié au sujet}} \rightarrow \text{Nom-du-Père} \left(\frac{A}{\text{placellus}} \right)$. A fórmula da metáfora paterna é uma representação dos três tempos do Édipo. O leitor pode se interrogar a respeito de a notação NP, referente ao Nome-do-Pai, aparecer acima da barra na primeira fração. A escrita da fórmula da Metáfora Paterna deu-se desse modo, pois no primeiro tempo do Édipo há uma identificação com o traço unário e, portanto, com o registro do simbólico, uma vez que houve um consentimento da mãe à entrada do pai, que ocorre no segundo tempo do Édipo, mas que exige o consentimento da mãe como condição prévia.

Nomes-do-Pai são nomes no plural, mas que não ultrapassam o número três — três registros, real simbólico e imaginário —, o que inscreve o Nome-do-Pai em um ternário — cuja nomeação passa a ser Nome de Nome de Nome.

“O Nome de Nome de Nome é o nome ao qual responde, sem a ele se identificar, aquele que, nomeado pela mãe, nomeia” (Porge, 2006, p.179).

Interessante notar que não se trata mais de uma substituição de um significante pelo outro, de modo a esperar uma palavra plena do pai para que a metáfora paterna ocorra. Nesse sentido, Lacan afirma que a transmissão simbólica passa pelo não-dito, ao ironizar, justamente, o pai de Schreber:

“Eu disse apenas de passagem num artigo sobre Schreber, aí, nada pior do que um pai educador! Melhor aposentado de qualquer magistério” (Lacan, 1974-1975, p. 23).

Evidentemente, Lacan ironiza o fato de que o eminente educador, de princípios rígidos, inventor de aparelhos para corrigir a postura corporal de crianças, foi incapaz de cumprir sua função de nomeador. Daniel Gottlieb Moritz Schreber (1806-1861), o pai de Schreber, soube ditar muitas regras, porém absolutamente inoperantes. Excessivas palavras ao vento...

E por falar em Schreber, fica ainda um leque de questões abertas: de que maneira a noção de real, trabalhada na década de 1970 por Lacan, contribui para o tratamento possível da paranóia? Como pensar a idéia do nó borromeano nessa clínica? E o sinthoma? Ora, para responder a essas questões, antes mesmo de verificar a aplicabilidade da contribuição de Lacan à noção do sinthoma na clínica da paranóia, vale remeter-nos ao exemplo de Joyce e a seu modo de amarração dos registros do real, simbólico e imaginário, ou dito de outro modo, interessa verificar o estatuto teórico que a escrita de Joyce assume como sinthoma.

A partir do que apresentamos, indagamo-nos acerca do caso Joyce. O acento está na palavra “caso”, já que o que interessa para a psicanálise não é nada da ordem de uma crítica literária ou coisa que o valha. O caso Joyce ensina algo à psicanálise na medida em que sua relação com a escrita abre caminho para elaborações teóricas importantes, tais

como a elaboração acerca dos Nomes-do-Pai, no plural. Tudo aquilo que assume estatuto de Nomes-do-Pai assume o caráter de quarto elemento, o que sustenta a amarração dos três registros.

No entanto, abre-se uma questão: o que ocorre quando esse quarto elemento é foracluído da constituição edípica? Lacan afirma que a ausência desse quarto elemento pode delimitar algo que passa a ocupar o lugar de suplência. Joyce, a partir de sua escrita, mostrou à psicanálise que é possível construir suplências para a ausência do Nome-do-Pai como S_1 , como aquele responsável por sustentar a amarração do real, do simbólico e do imaginário. É, inclusive, em função das suplências tão bem sustentadas em Joyce que é possível afirmar, desde Lacan, que Joyce não era um psicótico, ao menos do ponto de vista clínico. Os três elementos possíveis que fazem suplências são: o *sinthoma*, o fazer-se um nome e o ego, que, por assumirem o estatuto de S_1 e não de S_2 , permitem uma compensação de uma ausência de amarração, ou então um nó malogrado, específico da paranóia.

A primeira referência ao nó de trevo ou ao nó da paranóia, no Seminário *O Sinthoma*, aparece na aula de 9 de dezembro de 1975.

“Isso constitui um nó (...) É o nó mais simples, aquele que vocês podem fazer com qualquer corda. É o mesmo nó que o nó borromeano, ainda que não tenha o mesmo aspecto” (Lacan, 1975-1976, p. 42).

Nó de trevo

Nesse ponto do seminário, Lacan discute a relação entre os três registros ao afirmar que o nó borromeano em forma de trevo ou nó da paranóia manifesta uma sobreposição ou continuidade entre esses mesmos registros:

“Mas dado que ele homogeneiza o nó borromeano, isto é, que nós o coloquemos em continuidade o imaginário, o simbólico e o real, não surpreende que vejamos que há apenas um só” (Lacan, 1975-1976, p. 52).

Lacan, inclusive, lança mão de um neologismo para ilustrar essa idéia: cadeinó. A junção da palavra cadeia e nó para ilustrar a idéia de uma articulação entre os três registros. Todavia, na ausência de um quarto elemento, o real, simbólico e imaginário permanecem em nó de trevo, em continuidade ou homogeneizados. O quarto elemento reorganiza o nó, como um *articulador* entre os três registros, e ao romper a continuidade do nó de trevo, estabelece uma cadeia. O quarto elemento, na paranóia, devido à ausência do Nome-do-Pai, passa a ser as suplências: o sinthoma, o fazer um nome próprio e o ego.

Inicialmente, é interessante notar a distinção entre a grafia sintoma, sem a letra h, e a grafia sinthoma. Sintoma condiz com o modo como o sujeito goza seu inconsciente, no modo como este último o determina. Nota-se aí uma distinção entre o que se produziu em termos de sintoma desde a *Instância da letra...*, o sintoma como metáfora, já que o sintoma, a partir do seminário *Mais, ainda*, articula-se com o real do gozo, naquilo que insiste, articulado entre o registro do simbólico e do real.

Para Lacan, Joyce está desabonado do inconsciente, ao não produzir sintoma, pois não há nada que se articule com seu inconsciente e em um sentido possível — não há sofrimento. O gozo de Joyce em relação ao sintoma exclui a possibilidade de se remeter ao Outro. Sua escrita, se for possível compará-la com o sintoma, exclui a dimensão do sentido, já que se articula somente ao gozo de poder escrever. Pode-se afirmar que a escrita de Joyce está ao lado do sinthoma. Nesse contexto, evoca-se a alegria de Joyce em poder escrever. A suplência do sinthoma se refere à nomeação simbólica, já que denuncia sua relação com a letra e o gozo.

“Neste sentido é que se pode retomar Joyce como desabonado do inconsciente; sua escrita não é interpretável, somente permite deduzir a função do pai que nomeia como suplência da ausência do Nome-do-Pai (...)” (Rabinovich, 1993, p.187).

O sinthoma, portanto, afina-se com a idéia do quarto elemento que articula os três registros, não mais em cadeia, mas sim em amarração, onde, inclusive, oferece sustentação ao sujeito. É dentro desse contexto que Lacan (1975-1976) afirma:

“(...) é sempre em três suportes, que nesse caso chamaremos subjetivos, isto é, pessoais, que um quarto vai se apoiar. Se vocês se lembrarem do modo com que introduzi esse quarto elemento em relação aos três elementos, cada um deles supostamente constituindo alguma coisa de pessoal, o quarto será o que enuncio este ano como sinthoma” (Lacan, 1975-1976, p. 50).

É nessa perspectiva que Lacan se interroga a respeito de como interrogar o sujeito, este último sustentado pelo nó. A relutância de Lacan em publicar a sua tese de Doutorado sobre a psicose e sua relação com a personalidade condiz com o fato de que o sujeito, na presente perspectiva, distingue-se da noção de personalidade. O sujeito se localiza no *sinthoma*, no quarto elo do nó.

Quanto à possibilidade de se fazer um nome como suplência do Nome-do-Pai, é possível notar que é aí que reside o problema da nomeação. Há uma passagem do Seminário *O Sinthoma* em que Lacan se interroga acerca da loucura de Joyce e de seu decorrente desejo de ser um artista. Ora, ser um artista, criar uma obra literária assume um estatuto de suplência à ausência do pai ou, em outras palavras, de compensação.

“Não há nisso alguma coisa como uma compensação dessa demissão paterna, dessa *Verwerfung* (...), no fato de Joyce ter se sentido imperiosamente *chamado*? Essa é a palavra que resulta de um monte de coisas que ele escreveu. É a mola própria pela qual o nome próprio é, nele, alguma coisa estranha” (Lacan, 1975-1976, p. 86).

É dentro desse contexto que Lacan problematiza a construção do nome próprio, na medida em que ele, o nome próprio, foi o que Joyce mais valorizou, à custa do pai. O nome próprio assume estatuto de S_1 — o significante-mestre — que se dirige ao S_2 . A intenção de Joyce foi fazer entrar o nome próprio no âmbito do nome comum, que é substantivo como outro qualquer. O acento importante recai na destituição de seu lugar como nome próprio e assume estatuto de nome comum, característica passível de ser articulada com o S_1 , no momento em que este último aparece no lugar do discurso analítico.

Por fim, e no que se refere ao ego como suplência, como uma classe de *sinthoma*, temos a relação de Joyce com seu próprio corpo, que pode ser ilustrado como pele ou casca, lã das ovelhas ou hábito do monge, entre outros, além do sentido menos usual, o de um homem vil e desprezível.

O ego é definido como a idéia que se tem de si mesmo como corpo, o que demanda a presença de uma imagem especular, considerada narcísica. No caso de Joyce, afirma-se que ele não assume uma imagem especular esperada no ego. E como se o ego de Joyce não tivesse, para si, o invólucro do ideal de ego.

O corpo implica uma maneira de designar a nomeação do Nome-do-Pai no nível do imaginário, nomeação que normalmente é inseparável do corpo. A nomeação imaginária é um marco na realidade psíquica, do Édipo e também da significação fálica. Em Joyce, devido à ausência da nomeação ou amarração dos três registros, a nomeação imaginária é suprimida. Nesse ponto do argumento, Joyce distingue-se de Schreber. Enquanto Schreber se apóia no significante do ideal para construir uma metáfora delirante, Joyce funciona ao revés, ao se descolar dos ideais e também daquilo que é da ordem do corpo, no caso, a inibição.

A despeito da psicanálise do ego norte-americana, que afirma que Joyce tem um ego bastante adaptado, tendo como ponto de sustentação, em relação a sua adaptabilidade egóica, uma ausência de imaginário especular, Lacan, no esquema L, afirma que a resistência se localiza no eixo a-a', no eixo ego–ego ideal. Joyce, em seu ego, situa-se sem qualquer revestimento de ideal, o que lhe permite não ter qualquer confusão com o outro, um semelhante. É também em função disso que ele pôde utilizar o próprio corpo de maneira tão peculiar.

Não se trata de uma especificidade da psicose, mas também é aplicável a ela. Reconhece-se, do ponto de vista clínico, o efeito de ausência de ideal, oriundo também de certa falha da nomeação imaginária. É nesse contexto que Lacan se refere ao caso do pequeno Hans, na medida em que ele parece não saber o que fazer com seu falo e é tomado pela angústia, pois não é capaz de tomar o falo, narcisicamente falando, como atributo ou, dito de outro modo, não é capaz de deixar de ser o falo para ter o falo. É claro, no entanto, que se trata de outra questão, quando comparado ao caso de Joyce.

Rabinovich (1993) comenta que a forma de suplência apresentada por Joyce não pode ser equiparada a uma teoria de cura da psicose. O caso Joyce interessa à psicanálise na medida em que explicita uma forma de ilustrar a suplência da forclusão do Nome-do-Pai e, por isso mesmo, ensina algo à psicanálise. No entanto, não serve de modelo para uma cura, podendo apenas indicar uma direção possível de investigação da clínica das psicoses.

De todo modo, aí se apresentam indicações clínicas importantes, o *sinthoma*, o fazer um nome e o ego como suplências possíveis à forclusão do Nome-do-Pai.

Contribuições importantes, sobretudo a referente ao *sinthoma*, que será retomada posteriormente quando articularmos essas contribuições teóricas com nossa questão de pesquisa nesta tese, no capítulo subsequente, acerca dos efeitos analíticos na clínica do AT com pacientes psicóticos.

5.3. A escrita de João ou um exemplo de construção do *sinthoma*

A clínica, mais uma vez, serve como referência para ilustrar as questões teóricas acima trabalhadas, que servirão para pensar a questão do trabalho de construção do *sinthoma*. Apresentaremos um recorte clínico que ilustra o trabalho de escrita de João, em um momento de seu percurso clínico.

Ao dizer que sofria de “assistite”, João explicou seu neologismo:

“Assistite. Tite vem de doença, inflamação, e assistir é ser assistido, vigiado ou controlado. ‘Assistite’ é ser vigiado de modo inflamado”.

Sua explicação é, sem dúvida, um belo neologismo para definir sua paranóia. Interrogado se poderia inventar uma palavra ou frase que pudesse barrar sua “assistite”, João se lançou em um trabalho de escrita. O que apresentaremos a seguir são fragmentos de sua escrita em que o acompanhante terapêutico sustentou a produção escrita de João em torno da questão que o motivara a trabalhar. O silêncio era raramente interrompido, apenas quando ele pedia o cinzeiro ou um gole de café. A escrita de João³ é apresentada respeitando seu estilo de construção de frases, seus acentos e suas pontuações.

No entanto, antes de seguir com o fragmento clínico, queremos distinguir o *homo sapiens* do *homo faber*. Cabe ressaltar o desinteresse pelo primeiro, pois não interessa mais a dimensão racional ou política do homem, mas sim a potência criadora do segundo.

3. Caso já trabalhado anteriormente nesta tese, no capítulo “O significante e o AT”, no momento em que discutimos a instalação do dispositivo de tratamento. A escrita de João se precipitou em função de seu interesse em trabalhar com as palavras, em seu estilo pessoal, o que resultou em um belo “artesanato de palavras”, que apresentava como fio condutor sua posição subjetiva diante de seu semelhante, o outro, na medida em que João lançou mão da escrita, das palavras, para a construção do seu *sinthoma*. Aliás, coincidência ou não, o ponto de partida que o motivou a trabalhar foi o convite feito para criar palavras ou frases que pudessem conter a “assistite” — efeitos de queimação no estômago quando realizava suas tentativas de laço social.

É o “homem que faz”, o artesão que, no caso de Joyce, sugere pensar em um artesão das palavras, criando artifícios para se sustentar no mundo, produzindo um discurso que segue a via oposta do discurso analítico. Enquanto o discurso analítico propicia a escansão do significante, o discurso joyciano tende a atrair todos os possíveis S_2 para o S_1 , entendendo-se aí o S_1 como voltado para a idéia de sinthoma. Na psicose, a ausência do Nome-do-Pai nos leva a formular a idéia de que a construção do sinthoma assume o lugar de suplência, de amarração, pertinente para pensar a direção do tratamento (Rabinovich, 1993).

ACOMPANHANTE TERAPÊUTICO: Você me disse: Não estou bem. E então eu te perguntei: Por quê? E aí me respondeu que era a dona da pensão. Bom, agora eu te comento: comigo você não sofre de “assistite”, mas parece que com os outros sim.

JOÃO: Sim.

ACOMPANHANTE TERAPÊUTICO: “Tanta coisa para este sim? João, aventure-se no papel. Segue uma folha para você começar...

JOÃO: “As coisas, não são bem assim... Eu, compro, no bar, e não dei liberdade alguma, para, ésta folga deles. E, na pensão, também. Eu moro lá, e pego, para... então... prestar serviços e receber, todo, minuto ordens de Dona Eustácia⁴. Com o quê, venhamos, conversando, há uma possibilidade, de eu ficar, mais calmo, com isso tudo, e evitar, problemas, para mim, e para eles.

ACOMPANHANTE TERAPÊUTICO: É justamente nessa linha que eu quero prosseguir. Qual é a possibilidade de ficar mais calmo? Acredito eu, criar um nome para barrar a “assistite” e compreender melhor as situações onde a “assistite” é freqüente.

JOÃO: Nós devemos impor os nossos obstáculos, e acalantar às nossas tristezas.

ACOMPANHANTE TERAPÊUTICO: Entendi mais ou menos. Esta é a frase para barrar a “assistite”?

JOÃO: + ou -, é á frase, para prosseguir melhór. Lá. onde, eu móro, e na vida cívica.

ACOMPANHANTE TERAPÊUTICO: Dentro do que estamos conversando, o que quer dizer esta frase?

JOÃO: Dentro, de melhoria, para mim. Lá, onde eu móro, e geral. A frase, quer dizer, um currículo, do homem mais enérgico.

ACOMPANHANTE TERAPÊUTICO: Um sinônimo para enérgico...

JOÃO: Menos prestativo. côm relação á eles.

ACOMPANHANTE TERAPÊUTICO: OK. A frase é: Nós temos que impor os nossos obstáculos e acalantar as nossas tristezas.

JOÃO: É.

ACOMPANHANTE TERAPÊUTICO: Vamos parar por aqui?

JOÃO: Sim.

Dois meses depois... outro fragmento de escrita.

4. Nome fictício.

ACOMPANHANTE TERAPÊUTICO: Oi João, tudo jóia? Hoje você me disse uma coisa diferente sobre a dona da pensão. Você disse que tem medo dela. Nunca tinha escutado a palavra medo com a idéia de “assistite”. Você poderia me explicar isso?

JOÃO: Uma pessoa quando é demais chata, eu acho quê, a gente, sente medo dela. A “assistite” quê é, a dôr de estomago meu, está bem, com o remédio, que, estou tomando, num Dr. que consulto; no P.S.

ACOMPANHANTE TERAPÊUTICO: “Eu pensei que a chatice da Dona da pensão te causasse “assistite”. Não é isso? O medo está junto com a “assistite”?

JOÃO: “É isso. o medo também, dá “assistite”.

ACOMPANHANTE TERAPÊUTICO: “E o que você faz com isso? Como se vive com alguém assim? Você poderia arrumar um jeito de melhorar esta situação?

JOÃO: É horrível conviver. Tenho, que ter paciência e controlar e contornar. Melhorar, também é o tratamento aqui, que me acalma, e me mantem. (...)Temos, qué ser homem, e ter nossos Objetivos, o resto não se vê. É + ou – assim.

ACOMPANHANTE TERAPÊUTICO: Como é mesmo aquela frase: temos que impor os nossos obstáculos e acalantar as nossas tristezas?

JOÃO: Temos, quê, guardar, o quê, pensamos, diante, de pessoas, mál queridas, como êles. E, fazer, quê, não vê, o quê, êles, nos dizem, e fazem.

ACOMPANHANTE TERAPÊUTICO: E se eles repetirem o mal feito?

JOÃO: Se, eu estiver bem, e bem guardado, também, pode, passar isto.

Após um ano de tratamento, João abre um novo significante, como se segue:

ACOMPANHANTE TERAPÊUTICO: Oi, João! Posso te perguntar uma coisa? Você se entristece quando o céu está cinza, próximo de chover?

JOÃO: Me entristeço, e fico com ódio. Porquê, não gosto, de lugares assim. Mê sinto bém, com lugares do interior, onde é bom viver, com paisagens, pouco sol, sombra, e garoa, quê dá saúde, não gripe, como aí.

ACOMPANHANTE TERAPÊUTICO: O céu escuro te dá ódio? Nunca ouvi esta palavra vindo de você. Ódio, como assim? (...)Será que a turma do bar e a Dona Eustácia podem te deixar com ódio? Poderia ser?

JOÃO: Também, coopéra, isto, eu ficar, bém com ódio, você acertou, senão, as vezes, não ligo, para o tempo.

ACOMPANHANTE TERAPÊUTICO: Ficar bem com o ódio. Como assim?

JOÃO: Destas coisas, p. têm os dramas da Dona Eustácia e do bár. (...)Só isto... Dá pra ir...

ACOMPANHANTE TERAPÊUTICO: Ir para onde?

JOÃO: Vivendo, com esta, irregularidades, que eu acho. Que eu acho, que este tratamento, que me da São Paulo (tempo) e onde moro, é um defeito deles (irregularidade). Deles, lá, onde, eu, moro.

ACOMPANHANTE TERAPÊUTICO: Tem mais alguma coisa para dizer?

JOÃO: OK. Só. Obrigado.

Um novo significante se abre: o ódio. Após essa frase, houve um giro importante na trajetória clínica de João. Ele abandonou sua posição de vítima dos olhares dos outros. Começou a questionar certas imposições de pessoas de seu convívio e a recusar certa submissão e fragilidade. Era capaz de responder aos gracejos dos outros com segurança,

defendendo-se até com agressividade. Dizia que não gostava de sentir “assistite”. Era capaz de discriminar as chacotas que lhe causavam “assistite”, sentir ódio e se defender.

Após algum tempo, João entristeceu. Sua produção delirante diminuiu consideravelmente. Já não se ouvia mais a palavra “*assistite*”, ele parecia triste e cabisbaixo. Em determinado momento, o acompanhante terapêutico disse-lhe que também se sentia triste ao vê-lo assim. Tal intervenção teve um efeito importante. João, gradativamente, recuperou seu modo animado de ver a vida, passou a sair mais do seu quarto e a agir com mais ânimo, seja nos atendimentos, também no convívio com os outros.

Evidentemente, tratou-se de uma intervenção especular, eficaz para esse momento do tratamento de João, na medida em que houve um efeito de recolocá-lo no trabalho subjetivo sobre si mesmo. Há certos momentos que um paciente paranóico se beneficia de uma intervenção dessa natureza, na medida em que essa modalidade de intervenção tem um efeito de reconhecimento sobre si, desde o outro especular. Foi uma espécie de chamado, de resgate daquilo de que João parecia estar tomado, ou seja, perplexidade diante de uma conquista de um saber sobre si, mas que também, paradoxalmente, o punha em xeque-mate quanto à precariedade de sua vida, de seus laços. No entanto, um tratamento dessa natureza não se fundamenta apenas nesse tipo de intervenção. Aqui também reside um paradoxo, pois a estratégia de uma intervenção dessa natureza é calculada na medida em que o apelo a um chamado se faz necessário. No entanto, o trabalho de escrita, de sustentação dos significantes na transferência pode prescindir de uma intervenção especular.

Esse processo de escrita de João culminou na aparição de dois significantes importantes: o medo e o ódio. O significante tristeza veio depois, em um momento que João pouco escolhia ir para o consultório realizar as suas chamadas sessões de “psicoterapia”. De qualquer modo, esse significante também apareceu na transferência.

Como teorizar o processo de João? É possível afirmar que Lacan rompeu com a teoria das psicoses vinculada com a noção de significante, ao oferecer sua proposta de articulação entre gozo do ser e real através da topologia?

5.4. Da teoria da linguagem à teoria dos nós borromeanos ou... há uma ruptura epistemológica entre o significante e a topologia?

A partir da perspectiva do Seminário *As psicoses*, vimos determinada concepção de real: aquilo que não pôde ser simbolizado e que, portanto, retorna pela via do real através de alucinações ou delírios. Nesse momento, a direção de tratamento da paranóia incide na construção da metáfora delirante. Já segundo a noção de real elaborada por Lacan desde a teoria dos nós borromeanos, o real se articula com o gozo de ser — aquilo que anima as repetições —, ao incluir a topologia dos referidos nós. O real somente ex-siste na medida em que se articula com o registro do simbólico e do imaginário. Mais do que isso, Lacan afirma que um tratamento, sob essa ótica, vai em direção à construção do sinthoma, quarto elemento do nó, que sustenta a articulação dos referidos registros. Assim sendo, é possível afirmar que houve uma ruptura epistemológica, quanto ao conceito de real, nesses dois momentos da obra de Lacan?

Trabalhamos ainda a idéia de que o manejo da transferência, na paranóia, desde o Seminário *As psicoses*, apóia-se na idéia da escuta do delírio para a construção da metáfora delirante, de modo a um analista de psicóticos sustentar o significante, na transferência, sem interpretá-lo ou remetê-lo à impossibilidade simbólica. Passa-se o mesmo na construção do sinthoma? Dito de outro modo, o sinthoma é interpretável?

Lacan reformula a noção freudiana da psicose, desde o Seminário *As psicoses*, de acordo com certas apropriações. Ao retomar o algoritmo de Saussure e incorporá-lo em sua teoria através de uma reformulação, no caso, a idéia da primazia do significante sobre o significado, Lacan foi capaz de teorizar a experiência clínica das psicoses, através da proposição de que a linguagem é a própria condição do inconsciente. O trato teórico que Jacques Lacan executou permitiu-lhe avançar em novas articulações. Para Lacan, a paranóia pode ser entendida como um fenômeno de linguagem, os neologismos,

significantes que são secretariados na transferência. Vale, inclusive, retomar a imagem de Lacan sobre o analista de psicóticos — a testemunha ou secretário do alienado.

A escuta do delírio, nesse momento do ensino de Lacan, busca localizar o sujeito psicótico na borda da loucura, de modo a interrogar a produção delirante: Qual foi o evento desencadeante do surto? O que se produziu, em termos de conteúdo, no delírio? Como foi possível sair do delírio? De que maneira é possível permanecer estabilizado, sem despencar no abismo da loucura?

Esse modo de abordar o surto psicótico, na crise, advém de certa concepção de real, trabalhada no Seminário *As psicoses*, que condiz com o retorno de algo que jamais entrou no processo de simbolização. Nesse momento de sua obra, Lacan afirma que a significação rejeitada tem relação com a bissexualidade primitiva, descrita por Freud nos *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, em sua função feminina e a decorrente significação simbólica essencial. A construção da metáfora delirante atinge a finalidade de realizar uma suplência imaginária (bem como a reestruturação das bengalas imaginárias) e uma suplência simbólica, ao incluir Deus (Outro não barrado) em seu delírio. O efeito dessa intervenção permite deslocar a posição de Schreber como objeto *a*, na tentativa de circunscrever o gozo do Outro em um objeto separado do corpo, ou então, condensar, delimitar, barrar o gozo. No entanto, é possível realizar uma crítica quanto a essa perspectiva de tratamento possível da paranóia, na medida em que ela prescinde do laço social e das tentativas possíveis de amarração dos três registros — através do sinthoma —, de modo a justamente fazer uso daquilo que o laço social oferece, ou seja, um suporte para a estabilização (esse ponto será retomado logo adiante).

Desse modo, ao acompanhar o percurso clínico de João, percebe-se nos fragmentos desse caso clínico a sustentação de sua produção delirante, conforme a função do analista descrita no Seminário *As psicoses*: a de secretariar o significante “assistite” presente na transferência. No entanto, percebeu-se, ao longo do tratamento, que outros significantes surgiram, tais como o medo, o ódio e a tristeza. Como entender, do ponto de vista teórico, a emergência desses outros significantes na transferência?

Ao utilizar a clínica como referência, nota-se que o artifício da topologia vem justamente de encontro ao que Lacan propõe como testemunha ou secretário do alienado.

A noção de topologia nos permite teorizar certos fenômenos clínicos. Ora, na situação clínica acima descrita, sustentaram-se certos significantes na transferência, conforme a indicação clínica do Seminário *As psicoses*. Ao longo desse tratamento, também se percebeu que João passou por um período de ódio e tristeza⁵. O que está em jogo? Um manejo equivocado? Ou então uma indicação clínica importante acerca desse momento do tratamento, inerente ao próprio processo analítico?

Lacan inicia o Seminário *Mais, ainda* com neologismos do tipo: *issopira*, *issouspira*. O inconsciente pira, suspira. A topologia do real inclui em seu modelo aquilo que Lacan denominou como *amódio*, ou seja, uma formalização da experiência analítica em que amor e ódio são componentes esperados no percurso de um tratamento psicanalítico. A noção topológica do real nos serve como referência teórica para sustentarmos a clínica, o manejo da transferência do secretário do alienado. Trata-se de uma aposta na insistência dessa trajetória ou indicação clínica. Afinal, sabe-se que ao longo das análises os apelos dos analisantes se tornam cada vez mais primitivos. Um analista pouco experiente pode comover-se com esses apelos e cair nas armadilhas da transferência (Hermann, 2004).

Dentro desse contexto, vale apontar para o fato de que a teorização do real em termos de topologia não é exclusividade de certa estrutura clínica. Tal ponto é trabalhado por Lacan no Seminário *Mais, ainda*:

“Há relação de ser que não se pode saber. É dele, então, em meu ensino, que interrogo a estrutura, no que esse saber — acabei de dizer isto — impossível é, por isso proibido. É aqui que jogo com o equívoco — esse saber impossível é censurado, proibido, mas não o é se vocês escreverem conveniente o inter-dito, ele é dito entre palavras, entre linhas. Trata-se de denunciar a que sorte de real ele nos permite ter acesso” (Lacan, 1972-1973, p. 162).

Esse ponto é importante, pois denunciar a que sorte de real se tem acesso não invalida as contribuições de Lacan no campo da linguagem articulada às estruturas clínicas. Há uma passagem no Seminário *O sinthoma* que merece destaque:

“Digo isso porque ontem à noite me colocaram a questão de saber se havia outras foraclosões diferentes daquela que resulta da foraclosão do Nome-do-Pai. Não resta dúvida de que a foraclosão tem alguma coisa de mais radical. O Nome-do-Pai é, afinal das contas, alguma coisa leve. Mas é certo que é aí que isso pode servir,

5. Lacan trabalha a idéia da tristeza em *Televisão*.

enquanto no que concerne à forclusão do sentido pela orientação do real, (...)”.
(Lacan, 1975-1976, p. 118).

Esta citação pode induzir a um tipo de leitura equivocada, na medida em que se explicita uma forclusão generalizada. Há a ex-sistência do real nas três estruturas clínicas... Mas é possível ater-se somente nessa ex-sistência, independentemente da estrutura clínica. Não é isso o que a clínica nos ensina... O caso João, por exemplo, no que concerne ao manejo da transferência, sempre foi tomado desde a perspectiva do secretário do alienado, elaborada por Lacan no Seminário *As psicoses*. Quanto à teoria dos nós borromeanos, ela serviu a Lacan para precaver os analistas, através da formalização da experiência analítica, de que o inconsciente pira, de que o amor e ódio são componentes esperados de um tratamento analítico ou de que há um preço a pagar pelo saber conquistado em um tratamento.

Desse modo, enfatiza-se a questão da estrutura. A topologia está aí, está dada, articulada com a noção de real. Quando Lacan interroga o lugar da estrutura e articula essa questão com a qual sorte de real se permite ter acesso, ele mantém coerência com o que trabalhou no Seminário *As psicoses*. Nele, Lacan denuncia a diferença existente entre neurose e psicose ao afirmar que a definição de uma estrutura clínica se dá, também, pelo modo como o sujeito articula sua posição diante do jogo dos significantes e determina também a particularidade do manejo da transferência para cada estrutura clínica. Assim, podemos afirmar que a concepção topológica de real oferecida desde o Seminário *Mais, ainda* serve para pensar aspectos relevantes, tais como a relação entre real e gozo do ser como a compulsão à repetição — presentes nas três estruturas clínicas —, mas seu modo de acesso está sim determinado pelas particularidades de cada estrutura clínica que marcou o corpo e suas decorrentes concepções de manejo da transferência, trabalhadas desde o início do ensino de Lacan.

Por fim, resta ainda uma pergunta: o sinthoma é interpretável? Assim como a metáfora delirante, o sinthoma também é uma construção. Contudo, antes mesmo de realizar essa articulação, vale retomar aquilo que Freud elaborou a respeito da noção de construções em análise, circunscrito, porém, à perspectiva da clínica das neuroses.

Para Freud (1938), o conflito edipiano deixa de ser interpretado para ser reconstruído, respeitando a materialidade psíquica daquela singularidade, conforme o que

foi exposto acerca da noção de realidade psíquica — no caso, a reconstrução de conteúdos reais e fantasísticos do sujeito condizente com seu mito edipiano infantil. Freud faz uma ressalva acerca da dificuldade em realizar tal construção, ao destacar o papel da construção e seu ideal em uma análise, ou seja, uma rememoração do conflito edípico e a remoção de sua amnésia infantil.

O fundamento dessa reviravolta do método analítico se localiza no já citado texto *Uma criança é espancada*, no momento em que Freud apresenta uma lógica interna presente na fantasia inconsciente, mesmo quando reconhece a dificuldade⁶ de rememorar certos conteúdos dela.

Desse modo, aborda-se a questão em uma dupla vertente. A primeira delas consiste em um manejo da transferência em que um analista oferece subsídios para auxiliar o paciente a realizar suas construções em análise, no caso, reconstituir as próprias “impressões” sobre sua vivência edipiana. De outro lado, é o próprio paciente que constrói, rememora, realiza esse trabalho de arqueologia sobre si mesmo, no sentido de reconstituir o que se imprimiu no inconsciente. Nota-se aí um duplo sentido da palavra impressão: seja no sentido das marcas que tais conteúdos inscreveram no psiquismo, seja no sentido daquilo que se percebe como conteúdos oriundos de sua realidade psíquica.

Aqui reside um fundamento ético importante para a clínica psicanalítica. É ele que nos mostra o quão difícil é sustentar essa direção de tratamento, no caso, manejar a transferência em direção a uma construção acerca da posição no drama edipiano, diante da fantasia fundamental e, evidentemente, daquilo que causa desejo. Essa dupla vertente exige um cálculo, uma direção necessária ou uma responsabilidade assumida por um psicanalista no momento em que ele consente em que um candidato a análise se deitar no divã. Desse modo, entende-se que o processo de uma análise incide sobre esse percurso, que é de responsabilidade de um analista indicar. No entanto, e pelo fato de que a rememoração ocorre pela via do paciente, é o paciente que vai avançar em sua análise no momento em que o trabalho arqueológico sobre si mesmo progride. Ponto delicado, que exige por parte de um analista uma atenção redobrada para não interferir nas elaborações

6. O texto *Uma criança é espancada* sugere três etapas da fantasia. A ênfase maior é posta sobre a segunda etapa, momento caracterizado por Freud como o mais difícil de recordar.

que o paciente realiza sobre sua fantasia inconsciente. Nesse sentido, um analista não interpreta uma fantasia inconsciente e suas decorrentes construções. O fundamento ético se sustenta nessa questão, já que a delicadeza desse manejo incide sobre a idéia de que é o próprio paciente quem há de se deparar com suas marcas edipianas e de, diante delas, se (re)posicionar.

E a idéia de construções na clínica das psicoses? Ora, o próprio Freud afirmou que o delírio de Schreber também é uma construção em análise. Esse aspecto destaca a idéia de que a construção da metáfora delirante não é interpretável, na medida em que a estrutura psicótica, como fenômeno de linguagem, não se inscreveu na lógica discursiva regida pelo registro do simbólico.

Rabinovich (1993) formula uma questão interessante sobre Schreber. Seria ele, Schreber ou a mulher de Deus, um novo nome, tal como se afirma a respeito de Joyce — o *sinthoma*? Ela afirma que sim e abre essa perspectiva de discussão desde que se mantenha em mente o fato de que tal imagem — a mulher de Deus — assuma o estatuto de suplência ao Nome-do-Pai, como um S_1 , ao tomar essa significação como algo que representa o sujeito para outros significantes, S_2 . Mais uma vez se nota a validade do modelo lingüístico de Lacan.

Dentro desse contexto, há algo que perpassa a lógica da construção em ambas as clínicas — da neurose e da psicose —, na medida em que a construção da fantasia inconsciente, da metáfora delirante ou do *sinthoma* não são interpretáveis, diferentemente do sintoma na clínica da neurose.

No entanto, há uma distinção que merece ser realizada diante da noção de equívoco entre as referidas clínicas. O equívoco na clínica psicanalítica das neuroses é a arma da qual um analista lança mão contra o sintoma, uma vez que ele se endereça ao inconsciente do analisante — daí o manejo da transferência realizado por um psicanalista, em função de significantes que lhe são desconhecidos, que se localizam ao lado do analisante como sujeito. Em Joyce, não é possível afirmar que o outro é destinatário de seus equívocos. Desse modo, o manejo que se faz diante da construção do *sinthoma* condiz com a lógica do poeta ou do “artesão de palavras”, na justa medida em que se apóia em significantes conhecidos pelo sujeito. Por essa razão a escrita de João foi

apresentada ao respeitar suas acentuações, sua grafia, suas pausas... É por isso que a escrita de Joyce “não é interpretável, somente permite deduzir a função do pai que nomeia como suplência à ausência do Nome-do-Pai” (Rabinovich, 1993, p. 187).

O caso João trouxe especificidades importantes a serem consideradas. Sua equipe de tratamento era composta pelo acompanhante terapêutico, um psiquiatra e por sua curadora (pessoa responsável por administrar suas finanças pessoais). Em termos de dispositivos de tratamento, João dispunha somente das saídas com o acompanhante terapêutico, saídas para passeios em São Paulo. Tais saídas permitiram ao acompanhante terapêutico uma aproximação maior ao sofrimento de João. Era notório que João reproduzia, na situação específica do AT em seu início, uma condição bastante similar à que Lacan descreve no primeiro tempo do Édipo, em que o outro é encapsulado pela transferência simbiótica. Não havia, nessas saídas, qualquer interesse voltado para as pessoas que estavam em seu entorno. Ao constatar essa condição, o acompanhante terapêutico se dispôs a interrogar João acerca de seus temores. Como tratar da “assistite”? Foi aí que o acompanhante terapêutico enriqueceu sua montagem institucional de tratamento ao instalar o dispositivo de tratamento denominado por João como “psicoterapia”. Esse trabalho de produção de escrita durou cerca de dois anos. Depois desse período, João se interessou somente em realizar os ATs.

Afirmamos que o acompanhante terapêutico traz consigo um olhar em rede, olhar que pretende construir, sustentar e fazer a produção do paciente circular pelos dispositivos de tratamento que compõem a montagem institucional de tratamento. Trata-se de construir bordas possíveis para o retorno do real. Nesse prisma, o acompanhante terapêutico contribui para a função do olhar em rede, também como um articulador dos profissionais que compõem a rede de tratamento. Construir uma rede de profissionais também compõe um projeto terapêutico importante para o AT. Na singularidade desse caso foi possível ao acompanhante terapêutico operar com a escuta analítica, ao demandar de João um trabalho de escrita.

O exemplo aqui trabalhado possibilitou ofertar um novo dispositivo clínico a João, o que permitiu incrementar a gama de dispositivos clínicos que o assistiam. De um lado,

foram mantidas as saídas e as circulações através dos acompanhamentos terapêuticos e, de outro, abriu-se um espaço de trabalho para pensar os efeitos sobre si mesmo frente às saídas e as pessoas presentes em seu entorno. João pôde, a partir de um momento da direção de seu tratamento, lançar-se em um processo de escrita, de construção de seu *sinthoma*. Note-se que não se tratou de uma substituição de um dispositivo sobre o outro, mas sim de um incremento de uma oferta clínica. Concomitantemente ao processo de escrita de João, foi possível sustentar as saídas e promover a circulação. Seu modo de estar junto foi também se modificando, porque ele foi se tornando menos aterrorizado e mais confiante diante da oferta do laço social.

O AT produziu efeitos importantes, efeitos de real para João. O leitor se recorda da definição de encontro, proposta por Oury, no momento em que trabalhamos a noção de coletivo na instituição. O encontro, como sendo da ordem do acaso, pode ter efeitos de real, daí pensarmos a instituição como uma rede de lugares distintos. A circulação, a aposta em propiciar uma aproximação do sujeito psicótico com o laço social permitiu a João situar-se na tensão entre o retorno do real e seus avanços na construção do *sinthoma*. João já não recorria à velha estratégia de reproduzir a transferência simbiótica, bastante freqüente no início de seu tratamento. A partir dos efeitos que suas produções de escrita produziam sobre ele, passou a se relacionar de outro modo com os espaços da cidade. O projeto terapêutico do AT, nesse momento do caso, era promover ofertas de laços sociais importantes para que João experimentasse, em ato, possibilidades de encontro com efeitos de real.

Concordamos, com Palombini (2004), em que a intervenção clínica do acompanhamento terapêutico incide sobre a dimensão do espaço e do tempo. Na dimensão espacial da cidade, com seus fluxos, é possível encontrar brechas de enlace do sujeito psicótico em espaços públicos, fora dos limites territoriais das instituições de tratamento, instituições que podem também tornar o tempo estagnado, normatizado. Pensamos que o sujeito psicótico, em seu modo singular de se relacionar com o tempo e o espaço, constrói pontos de contato importantes para a inscrição do seu singular na cidade. São essas ofertas de aproximação ao laço social que provoca efeitos importantes na subjetividade do sujeito psicótico.

Ainda assim permanece uma questão essencial: como teorizar a transferência na modalidade clínica do acompanhamento terapêutico? Esta questão merece um comentário à parte, uma vez que há duas visões distintas a respeito da função do acompanhante terapêutico. A primeira delas se fundamenta na idéia de que a clínica do AT se baseia em um “fazer junto”. Basta pensar em um dos sentidos possíveis da palavra acompanhamento, no caso: “comer pão junto”. Assim, para os defensores dessa visão, a clínica do AT se fundamentaria exclusivamente nesse fazer junto, como se sua função clínica se justificasse “nessa ação entre ‘amigos’”. Será realmente válido reduzir a clínica do AT a esse “fazer junto”?

Toma-se como exemplo a língua francesa. Além dos artigos definidos e indefinidos, tal como existem também no português, há também o artigo *partitif*. Seu modo de emprego ocorre em frente de um nome concreto ou abstrato e serve para indicar uma quantidade indeterminada, uma parte de um todo que não pode ser contabilizada. Toma-se um breve diálogo, a título de ilustração. “O que há nesta xícara?” “Café”. Na língua portuguesa afirma-se, por exemplo, que o conteúdo de uma xícara é composto por uma substância líquida, escura, com bom aroma etc., denominada café. Na língua portuguesa, não existe um artigo próprio para o diálogo acima proposto. Agora, veja como este mesmo diálogo ocorre na língua francesa: “*Qu’est-ce qu’il y a dans cette tasse?*” “*C’est du café*”. O artigo *partitif* da segunda oração é a palavra *du*, necessário na gramática francesa para o ato lingüístico de identificar a natureza da substância em questão, no caso, o café.

O problema que se coloca nas presentes inquietações sobre o AT pode ser precisado a partir do exemplo do artigo *partitif*. Quando se formula a questão de se o AT assume uma função analítica nessa clínica, o que se busca identificar é se as ofertas de laço social produzem algum tipo de efeito de real, comparável ao efeito de uma intervenção clínica, tal como Oury teorizou, por exemplo, em seu paradigma institucional. Desse modo, foi capital realizar uma reflexão sobre o que é propriamente analítico na clínica psicanalítica das psicoses, para verificar a hipótese de que o AT, em sua especificidade, contribui para a construção do *sinthoma*. É o que se verificará no próximo capítulo.

Capítulo 6

O SINTHOMA

E O ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO

“A questão das variantes da análise, brotando aqui do traço galante de ser ela mesma tratamento-padrão, incita-nos a preservar apenas um critério, por ser ele o único de que dispõe o médico que para elas orienta seu paciente. Esse critério, raramente enunciado, por ser tido como tautológico¹, nós o escrevemos: uma psicanálise, padrão ou não, é o tratamento que se espera de um psicanalista” (Lacan, 1955, p. 331).

A proposta deste capítulo é problematizar o conceito de cena no AT, pois uma aproximação à idéia de cena é condição prévia para a realização de dois passos subsequentes: a teorização dos efeitos do AT em prol da construção do sinthoma e as conseqüências passíveis de ser extraídas para teorizar o manejo da transferência no AT com pacientes paranóicos.

As discussões clínicas do AT são atravessadas pelo conceito de cena, seja naquilo mesmo que define a sua especificidade: uma aproximação às ofertas de laço social, seja em supervisões clínicas, seja no manejo da transferência de um acompanhante terapêutico, enfim, não é possível prescindir da idéia. No entanto, é necessário problematizar o uso do conceito de cena no AT com pacientes psicóticos. A cena no AT é equivalente à realização de laço social? Claro que não. Mas então, o que se espera dessa ação? Criar circunstâncias, situações ou cenas que aproximem o sujeito psicótico de um convite oriundo da cidade, de uma oferta de laço social. É mais apropriado, portanto, circunscrever o uso da palavra cena como o manejo específico da transferência no AT.

Dessa primeira proposição decorrem outros dois pontos importantes. O primeiro deles consiste em verificar — e assim, finalmente, trabalha-se a hipótese central desta tese — a contribuição da função clínica do AT para a construção do sinthoma, ao ampliar as possibilidades de intervenção clínica para o tratamento possível da paranóia. O que se

1. Por tautológico, entende-se de algo que é preso ao próprio sistema.

espera de um analista? Uma psicanálise... A clínica da paranóia, por haver a forclusão do Nome-do-Pai, visa construir um *sinthoma* como suplência daquilo que oferece sustentação à amarração dos três registros: o real, o simbólico e o imaginário. A hipótese que pretendemos esmiuçar, no presente capítulo, é a de que o AT contribui para a construção do *sinthoma*. Uma vez verificada esta hipótese, pretendemos extrair dela algumas premissas acerca da transferência no AT com pacientes paranóicos na perspectiva da teoria lacaniana.

6.1. A cena traumática, a Outra cena, o laço social ou... do que trata o conceito de cena no AT?

Ao longo desta tese, apresentamos alguns conceitos de cena, tais como a cena traumática, descrita por Freud no momento pré-analítico; a Outra cena ou a fantasia inconsciente, citada, inicialmente, através de Freud, quando ele propõe uma reviravolta na direção do tratamento psicanalítico das neuroses; o laço social, no momento em que se apresentou a noção de fenômeno de massa, a partir de Freud. Falta agora problematizar a noção de cena no AT:

É possível afirmar que o paranóico está no laço social?

Cada conceito aqui citado será comentado, no intuito de nos aproximarmos da questão central: uma caracterização possível do conceito de cena no AT... Mas que cena é essa?

Quanto à cena traumática, o abandono da hipnose e a descoberta da associação livre também trazem consequências importantes para problematizar a idéia de circulação do paranóico no social.

Convém alertar os acompanhantes terapêuticos para o fato de que, em suas táticas, está descartada qualquer tentativa de interrogação do delírio pela via da causalidade².

2. Por exemplo, uma pergunta do tipo: “Por que você tem mania de perseguição?” É uma pergunta pouco efetiva e que, de certo modo, reproduz a lógica da causalidade presente no fundamento teórico da hipnose.

Diante do estranhamento³ causado pelo impacto do encontro com um sujeito em crise, quando as manifestações da sexualidade encontram-se em estado bruto, é comum um acompanhante terapêutico, acometido pelo retorno do recalcado que esse tipo de experiência suscita, aprisionado entre seus efeitos e também por uma expectativa de efetivação do seu trabalho, acabar por buscar na própria realidade social um “conserto” daquilo que desencadeou a crise, pela via da causalidade.

É como se um acompanhante terapêutico reproduzisse aquilo que Freud tanto buscava na teoria do trauma ou da sedução. Para extinguir a causa do sintoma histérico, Freud hipnotizava suas pacientes, no intuito de encontrar uma cena traumática que gerou um afeto desagradável. Esse afeto, como causa do sintoma histérico, era resgatado a partir da hipnose, no momento em que a paciente tentava recordar a cena traumática ocorrida na realidade. Ao rememorar essa cena, um paciente resgataria o afeto desagradável e o exteriorizaria — conforme aquilo que Freud denominou como limpeza de chaminé ou catarse.

Ora, há o risco de um acompanhante terapêutico seguir esse raciocínio de Freud quando empregava a hipnose. Tome-se por exemplo uma situação hipotética, em que um acompanhante terapêutico, junto com seu paciente, fosse em busca de um estágio e precisasse deslocar-se pela cidade para realizar entrevistas. Imaginemos que esse paciente tivesse sofrido uma experiência de desencadeamento de um surto em um metrô, e por isso mesmo, suas possibilidades de deslocamento pela cidade se restringiriam a carros e ônibus. Valeria a pena insistir em que ele se deslocasse de metrô pela cidade?

Alguns poderiam argumentar que seria interessante, para o paciente, tomar o metrô, porque ele aprenderia com essa situação, de modo a suportar essa experiência sem

3. Freud, no texto *O estranho* (1919), interessa-se em trabalhar os impactos do horroroso na subjetividade humana. Proposta interessante e que vai, de certo modo, em uma direção pouco explorada pelos tratados de estética, cujos argumentos versam sobre os efeitos do belo no homem. A partir da análise de um conto de E. T. A. Hoffman, escritor romântico alemão, denominado *Homem de areia*, Freud argumenta a respeito dos mecanismos psíquicos presentes no momento em que alguém se depara com algo assombroso. Sua hipótese consiste na idéia de que o encontro com o bizarro, o diferente, causa cansaço, angústias, entre outros, pois trata-se de efeitos de retorno de algo que fora familiar, mas que foi recalcado. Por exemplo, as deformações corporais causam certa estranheza, uma vez que evocam algo que fora familiar — as vivências infantis da sexualidade em um corpo despedaçado —, mas que foram superadas pelo ato psíquico da constituição do narcisismo primário ou estágio do espelho. Desse modo, certos tipos de encontros com a diferença mobilizam no sujeito atos de distanciamento, ou ao menos um “não querer saber disso”.

desencadear um novo surto. É como se fosse o retorno a uma situação concreta, que outrora fora insuportável para o paciente, mas que poderia ser reaprendida. Parece que não é disso que se trata no AT, ao menos na perspectiva aqui apresentada. Não se trata de tomar a realidade como referência para uma ação educativa ou pedagógica, como se fosse possível restabelecer a ordem anteriormente perturbada.

Como ocorreu no caso clínico João. Tratava-se de uma situação em que ele, um paranóico, reclamava incessantemente das pessoas que habitam seu entorno, ao descrevê-las como perfurantes, pois elas lhe causavam pavor e desespero. Um acompanhante terapêutico desavisado poderia supor que facilmente resolveria esse impasse ao propor que seu paciente passasse a habitar outro espaço físico, outra região. Aqui se pode supor um tipo de manejo às avessas do que foi descrito na situação hipotética anterior⁴, visto que essa situação concreta, a de se ver perseguido por aqueles que habitam seu entorno, poderia ser compreendida como uma cena traumática. A idéia seria simplesmente a de retirar o paciente daquilo que se suporia como algo traumático em si. Ledo engano... Um tratamento, atravessado pela ética psicanalítica, não é concebido dessa maneira, pois a própria condição da paranóia irá se encarregar, rapidamente, de eleger outros objetos da realidade como persecutórios. O tratamento vai por outra via, pela perspectiva de interrogar o sujeito a respeito de suas possibilidades de criação de estratégias para suportar as ofertas de laço social que o rodeiam. Foi o que aconteceu no caso João, mais precisamente em relação à sua escrita e à construção do seu *sinthoma*.

Dentro desse contexto, não é o caso de tomar uma cena da realidade para ser revivida, de sorte a tirar daí um aprendizado oriundo de uma reatualização de uma cena que foi traumática e que voltaria a ser suportável para o sujeito. Tampouco é o caso de propor uma retirada da “suposta cena”, como se ela, em si, fosse a única responsável pelo sofrimento psíquico, tal como Freud supôs no momento pré-analítico de sua obra.

Falamos em cenas do cotidiano, tais como andar no metrô, ou então das pessoas que freqüentam um bar da cidade de São Paulo. Reviver a cena traumática ou retirá-lo da cena traumática do cotidiano... Seria possível formular a questão dessa maneira? Falar de

4. Na cena do metrô, há uma idéia de que reviver a cena desencadeante do surto poderia “(de)sensibilizar” o paciente às influências que essa mesma cena causaria em sua subjetividade.

cenas cotidianas que causariam a força de um trauma é retomar os tempos de Freud e a Senhora P. — suas imagens de nudez feminina e a sensação de pressão sobre seu órgão genital, que passaram a ocorrer em uma estação de tratamento das águas — até a descoberta da cena traumática, no caso o intenso comércio erótico que ela mantinha, aos 6 anos, com seu irmão. Aqui, Freud se apoiara na teoria da sedução, que é posterior à teoria do trauma, pois se inclui aí a idéia de uma estimulação sexual precoce, porém, ainda circunscrita pelo viés exógeno da cena traumática ocorrida na realidade. Seja um paciente que desencadeou um surto no metrô, seja João ao sentir-se perfurado pela turma do bar... Eles estão na cena social? Mas a cena traumática seria uma cena social? Talvez fosse mais correto afirmar que a circunstância do metrô, para os neuróticos, é um palco passível de realizações de cenas ou laços sociais ao passo que, para um paciente paranóico, pode ser tomado como um fator da realidade que desencadeou sua crise. A situação de João, seu acolhimento em um quarteirão na cidade de São Paulo — a turma do bar e a dona da pensão — podem também ser considerados lugares sociais passíveis de laços sociais, mas, sob o ponto de vista de João, tratava-se de ofertas possíveis de realização de laço. Há aí um hiato, ou uma perspectiva diferente, que será mais bem analisada mais adiante, no momento em que problematizarmos a noção de cena no AT.

Mas, então, como fundamentar a idéia de laço social? Ora, a caracterização de laço social aqui proposta exige, impreterivelmente, uma articulação com a idéia da Outra cena. Desse modo, Outra cena e laço social atrelam-se através do conceito de identificação, a identificação ao pai que inscreve o neurótico no registro do simbólico.

Freud, no texto *Uma criança é espancada* (1919), reorientou a direção de tratamento psicanalítico das neuroses a partir da descoberta da fantasia inconsciente e a decorrente construção em análise. Uma análise de neurótico consiste em rememorar a Outra cena, a cena inconsciente, ou então, de acordo com Lacan, realizar a travessia da fantasia — uma vez que nessa trajetória, inclusive, concretiza-se a separação do sujeito diante daquilo que o constituiu e que também o alienou. Ora, rememorar ou construir a Outra cena em análise é uma premissa teórica que sustenta o tratamento psicanalítico daqueles que atravessaram o drama edipiano, de sorte a realizar um reconhecimento da lei simbólica, ou seja, neuróticos e perversos. Vale retomar o momento em que a fantasia

inconsciente se constitui nos três tempos do Édipo, na virada do primeiro tempo para o segundo tempo, no momento em que a mãe desloca seu olhar para alguma outra coisa que não seu filho. A mãe, ao consentir responder ao chamado do pai, institui, na estruturação da subjetividade da criança, um lugar de hiância. A criança, diante do enigma da mãe, substitui a incógnita que esse momento lógico de estruturação da subjetividade proporciona pela sua fantasia inconsciente — a Outra cena —, que assume o estatuto de sutura do enigma do desejo da mãe. Não é possível falar de fantasia inconsciente nas psicoses, na medida em que não houve a entrada da função paterna no segundo tempo do Édipo.

Assim como a constituição da fantasia inconsciente, o laço social também está atrelado ao registro do simbólico. Freud, em *Psicologia das massas e análise do eu* (1921), dedica o célebre capítulo 7, denominado “A identificação”, a descrever o mecanismo da identificação e da escolha de objeto, na saída edipiana, através da dialética do ser e do ter, respectivamente. Esse texto, tido como um importante texto social de Freud, avança em teorizações capitais para a teoria da identificação na psicanálise, com desdobramentos importantes para a experiência clínica. De qualquer forma, Freud, cuja intenção era descrever como se dá um fenômeno de massa, acaba por inaugurar uma teoria sobre o laço social, teoria que presume um atravessamento do sujeito ao registro do neurótico, através da identificação simbólica, ao lançar o neurótico no universo discursivo da linguagem.

À guisa de recordação, o fenômeno de massa, ou laço social, ocorre na medida em que um traço do ideal do eu é capturado por uma característica qualquer do líder ou de uma idéia em comum, de modo a voltar o interesse do indivíduo para esse objeto com um investimento de libido. O metrô poderia ser um palco propício para a ocorrência de laços sociais. São Paulo, hora do *rush*, uma série de pessoas amontoadas num vagão. Todas elas cansadas, cada qual refletindo sobre seus problemas, amores, trabalhos. Ao saírem do vagão do metrô, encontram um artista de rua vestido de palhaço fazendo malabarismos com bolas fosforescentes e, encantadas com esse presente da cidade, fazem um meio-círculo em torno do malabarista e passam a comentar: “Puxa, que legal” ou então: “Eu gostaria de ser como ele!” etc. Nesse momento instituiu-se laços sociais. Mas

então, o que aconteceria com um paciente psicótico? Que estatuto o malabarista assumiria para ele? Trata-se de um outro especular, um objeto com o qual o paranóico manteria uma relação narcísica e dual, fora do laço social. O paranóico estabelece um tipo de vínculo com o outro, seu semelhante, onde o Outro se torna absoluto — “sem lei e quer prejudicar o sujeito” (Quinet, 2006, p. 50). Desse modo, como caracterizar o paranóico e, por que não, os outros tipos clínicos da estrutura psicótica diante do laço social? O psicótico está incluído no laço social? E o conceito de cena no AT? Para problematizar o conceito de cena no AT é necessário lançar mão de um argumento de Quinet (2006) a respeito da psicose e suas tentativas de laço social.

Quinet se interroga a respeito da inclusão do sujeito psicótico na pólis. Como respeitar o seu modo singular de se posicionar diante do laço social e, ao mesmo tempo, não cair nas armadilhas do discurso capitalista? Como responsabilizar o sujeito psicótico por sua inclusão sem adaptá-lo à lógica de mercado?

Falar de inclusão do sujeito psicótico é incluir a foraclusão. Nesse contexto, propomos superar o binômio exclusão-reclusão pelo binômio inclusão-foraclusão. Daí não normatizarmos o psicótico, no sentido mesmo de tentar incluí-lo em uma norma fálica — dinheiro, trabalho, legitimação daquilo que o costume define como correto etc. Quinet aborda a questão de sanar o *furor includenti*, ao propor aí um deslizamento entre o *furor sanandi* de Freud ou o desejo de querer bem ao paciente, discutido por Lacan. Na psicose, o Outro está excluído, uma vez que o sujeito lida somente com o outro, seu semelhante, em uma relação especular. Lacan (Seminário 3, *As psicoses*, 1955-1956) vai afirmar que Schreber, em sua crise, depara-se somente com o outro imaginário. Desse modo, não se trata do Outro que permeia o laço social entre os semelhantes, mas sim o Outro sem lei, sem a lei simbólica. Podemos afirmar, em consonância com as palavras de Quinet, que a psicose é o avesso do laço social. É o fora que denuncia o fato de que o neurótico está preso ao discurso e ao laço social.

Assim, ao remeter ao conceito de cena no AT, alguns problemas se colocam como ponto de partida. O AT com pacientes psicóticos se propõe a realizar cenas no social? Diante do que foi exposto acima, a resposta é negativa, pois se trata de uma impossibilidade estrutural. Mas então, o que faz um AT? Aqui vale recuperar um

argumento de Sereno (1996) e um outro de Palombini (2004, 2007). O primeiro condiz com a idéia de que um acompanhante terapêutico busca promover uma ação nos espaços públicos da cidade. A ação em primeiro lugar... Evidentemente, Sereno estava preocupada em fundamentar a especificidade do AT enquanto função catalisadora de circulação do sujeito psicótico pelos espaços públicos da cidade. É claro que uma saída pela cidade não é idealizada de qualquer modo, afinal, um projeto terapêutico para o AT depende de uma escuta analítica. Ora, o exemplo do metrô, ou então um psiquiatra que sugere ao acompanhante terapêutico ir com um paciente a uma casa de massagem (sem realizar uma escuta do delírio, sem saber, no caso, se não foi justamente a proximidade com outro corpo que desencadeou a crise) são projetos terapêuticos que não podem ser comprados de forma ingênua, desconsiderando as condições subjetivas do paciente. Observada essa ressalva, as palavras de Sereno encontram ecos nas bases que sustentam a função clínica do AT: promover tentativas de laço social.

Por quê? Porque, de acordo com Palombini (2004, 2007), a cidade se revela um lugar privilegiado para estabelecer pontos de contato entre seu funcionamento neurótico, atravessado pela lógica fálica e capitalista, e a subjetividade psicótica, pois é possível encontrar brechas para que esse encontro aconteça. A cidade se torna um local privilegiado para que o psicótico consiga, a seu modo, realizar tentativas de laço social. Ora, é possível inclusive retomar a idéia de Oury quanto ao funcionamento da instituição — o coletivo que suporta, paradoxalmente, a inscrição do singular — quando propomos que a cidade, em certo sentido, assume um estatuto de instituição de tratamento, na medida em que convoca o psicótico, em sua ação, a mobilizar seus recursos para suas tentativas de laço. É possível justificar que uma aproximação às ofertas de laço social assume, por si mesma, uma função de tratamento bastante especial, até porque a alteridade que se apresenta nesse contexto ocorre sem as constâncias e os vícios passíveis de ser encontrados em uma instituição de tratamento.

Desse modo, é importante assinalar que uma ação na cidade assume uma aparência de cena ou laço social. Ora, acompanhante terapêutico e acompanhado, em circunstâncias tais como caminhar pela cidade, ou tomar um refrigerante em um boteco, ou então na fila do cinema, podem sugerir um tipo de laço social, ao menos aos desavisados da teoria

psicanalítica das psicoses. Contudo, estar presente nos espaços públicos da cidade não é condição suficiente para a realização de uma cena, aqui entendida como equivalente de laço social.

Ocorre, portanto, uma ação onde se aproveitam as ofertas do social para as tentativas de realização de laço social. O conceito de cena no AT pode ser equiparado ao manejo da transferência, uma vez que um acompanhante terapêutico aproveita a transferência erótica para convidar um paciente a se aproximar das ofertas de laço social. Ao se deparar com os objetos da realidade, um acompanhante terapêutico esvazia sua presença na transferência com o paciente, de modo a possibilitar a realização da transferência do paciente com algum objeto da realidade. A transferência efetivada entre o paciente e algum objeto da realidade pode contribuir para a construção do *sinthoma*. O caso Lourival ilustrará o que estamos afirmando.

6.2. Caso Lourival⁵ ou o AT e sua contribuição para a construção do *sinthoma*

O presente relato tem como intuito descrever o modo como o AT contribuiu para a construção do *sinthoma* de um paciente paranóico. É uma construção lenta, gradual, cujos caminhos apresentam obstáculos, desvios, recuos... O eixo clínico desse caso incide sobre quatro momentos ou tempos:

O primeiro deles é a saída do paciente de seu apartamento: idas a pé para o bar, idas de carro a um parque ou visitas a um monumento municipal. O segundo tempo é a manifestação ao próprio paciente de que sua equipe de tratamento está constituída, articulada e apostando em nos recursos dele, além de apostando em um alargamento de seu espaço de tratamento, visto que um CECCO foi incluído como mais uma instituição onde o paciente começou a circular, e ali uma oferta privilegiada de convivência ou de laço social se faz presente, tal como discutido no caso Angelina. O terceiro tempo —

5. Nome fictício.

importante para pensar a contribuição do paciente para a construção de seu *sinthoma* — condiz com uma tentativa de participar de um programa de qualidade de vida de uma instituição pública. Esse período do AT representou uma virada no processo de tratamento, visto que o paciente se reposicionou diante de seus medos, não mais em uma posição de passividade diante do outro, mas sim através do enfrentamento. Vem, então, o quarto tempo, o da produção escrita do paciente, que contribuiu para a construção de seu *sinthoma* e a tentativa de criação de uma nova possibilidade de habitar o mundo.

Lourival foi encaminhado para o AT por um psiquiatra de um CAPS, pois viveu mais de doze anos em uma instituição psiquiátrica e fazia somente poucos meses que estava de volta a sua casa. Foi um longo período de exclusão; a existência de Lourival se restringia aos cheiros da instituição fechada, às vivências de eletrochoque, aos relacionamentos atravessados por proibições institucionais, enfim, havia pouquíssimas brechas de contato com o mundo, como ele mesmo relatara. As visitas familiares eram inconstantes e suas saídas dominicais da instituição, para ir ao centro da cidade do interior onde vivia internado, eram sempre realizadas em bando e com a marca da instituição — saía com o transporte do hospital psiquiátrico, além de estar sempre acompanhado de profissionais vestidos de branco.

O pai de Lourival, um senhor altivo e vigoroso, convocou uma reunião para combinar como se fariam os ATs. Nessa primeira ocasião, a palavra foi dada a Lourival, o que causou um misto de surpresa e perplexidade, especialmente quando ele afirmava que não sabia como era viver fora da instituição psiquiátrica. Reclamava do seu medo das coisas, de seu despreparo. Quando o acompanhante terapêutico lhe perguntou o que mais havia para ser tratado, Lourival foi taxativo:

— Eu não consigo me comunicar e quero entrar de novo na sociedade.

O paciente, na primeira reunião, formulou claramente seu pedido de ajuda ao acompanhante terapêutico. Comentou que não conseguia sair de casa, nem ao menos para comprar cigarros em um bar localizado ao lado de sua residência:

—Tenho medo de comprar cigarro porque eu acho que vão me roubar no troco e eu não saberei reclamar.

6.2.1. O primeiro tempo

O primeiro movimento do AT foi levar Lourival a sair do apartamento. Após algumas conversas em casa, foi-lhe proposta uma saída até o bar da esquina para tomar um refrigerante e comprar cigarros. Ele continuava afirmando o medo de pedir algo para tomar, de comprar cigarros, pois não saberia se comunicar e tampouco verificar se o pagamento se faria sem qualquer tipo de prejuízo.

As cenas **aparentemente** se repetiam. O acompanhante terapêutico e Lourival iam ao bar e pediam algo para beber e um cinzeiro. Sentavam-se à mesa e ali conversavam sobre o que era a vida fora da instituição e sobre a (in)capacidade de Lourival suportar essa nova condição de vida:

— Como é difícil viver em São Paulo...

O cálculo, por parte do acompanhante terapêutico, era o de gradualmente apagar a própria presença —sua voz e seu olhar — dessa primeira tentativa de laço que a cena permitia. Laço fugaz, é verdade, mas que já impunha ao paciente um movimento importante de suportar e enfrentar o medo. Gradativamente, e mesmo sem se dar muita conta, Lourival dava todos os passos para a realização dessa ação.

Inicialmente, era o acompanhante terapêutico quem tomava a frente, ao explicar ao atendente do bar o que queriam. Em um segundo tempo, Lourival e o acompanhante terapêutico se posicionavam diante do atendente e permaneciam calados. O acompanhante terapêutico esperando uma palavra de Lourival, e Lourival aguardando uma iniciativa do acompanhante terapêutico. Silêncio. O incômodo, a esquisitice da circunstância, o olhar de expectativa do atendente... essa atmosfera fez com que, afinal, Lourival se arriscasse. Ele pediu o que queria, mas, na hora de pagar, solicitou ao acompanhante terapêutico que conferisse o troco, que estava certo.

Um terceiro tempo foi o silêncio do acompanhante terapêutico no momento em que o paciente conferia o troco. Lourival procurou uma palavra, um olhar, uma confirmação

ou uma garantia de que estava tudo correto. Nesse momento, teve de se deparar com uma distração promovida como manejo da transferência por parte do acompanhante terapêutico. Na ação de conferir o troco, o olhar e a voz do outro (acompanhante terapêutico) não se faziam mais presentes, apesar de ele ainda estar ali, diante do atendente e ao lado de Lourival. Essa foi para ele uma situação difícil, mas possível de sustentar.

Por fim, a cena do bar, ou a circunstância de pedir um refrigerante e um cinzeiro, prescindiu da presença do acompanhante terapêutico. Enquanto o paciente solicitava o que queria, o acompanhante terapêutico se sentava à mesa e esperava o refrigerante, o cinzeiro e Lourival. Instalados à mesa e durante as conversas, o paciente começou a apresentar certa desenvoltura no trato com o atendente, ao incluir outros pedidos, tais como um chocolate, ou até mesmo verificar qual era o prato do dia. Lourival disse que gostaria de almoçar lá alguma vez, para experimentar um tempero diferente do de casa.

6.2.2. O segundo tempo

O segundo movimento se caracteriza pela apresentação de uma equipe de trabalho presente no tratamento de Lourival. Além do acompanhante terapêutico, há seu psiquiatra e sua psicóloga, ambos presentes no quadro institucional do CAPS. O acompanhante terapêutico, desvinculado dessa equipe institucional, viu-se na necessidade de apresentar, diante de seu paciente, a existência de uma equipe de trabalho em que ocorre a circulação de informações sobre seu tratamento⁶. Tal procedimento pode parecer paradoxal se se considerar que se trata de um paciente paranóico e que, então, poderíamos, como profissionais, “discutir o caso” na ausência dele. No entanto, o que se verificou foi a pertinência desse procedimento, pois pareceu bastante importante para o paciente o reconhecimento de que há um bom entrosamento entre os profissionais da equipe e que todos estão envolvidos em uma aposta nos recursos dele.

6. Conforme o que trabalhamos no capítulo anterior, sobre o olhar em rede e seu potencial no tratamento das psicoses. Esse ponto será retomado.

Nessa reunião, também lhe foi apresentada a perspectiva de circular em outra instituição, um CECCO localizado perto do CAPS e também de sua casa. Houve uma certa resistência de sua parte, com ele logo dizendo que não sabia se ia agüentar:

— Pode ser demais para mim...

Contudo, com certa dose de insistência por parte da equipe, foi possível agendar uma tentativa, uma visita sem compromissos.

Bom, como era de esperar, o acolhimento⁷ no CECCO foi preciso e delicado. Lourival imaginava encontrar uma instituição com o ar todo impregnado pelo cheiro da loucura. O CECCO, em função de sua concepção institucional e de seu intuito de oferecer espaço de convivência entre as diferenças, onde a demanda de tratamento da loucura é somente uma entre tantas outras, diferencia-se bastante de um CAPS e muito mais de uma instituição fechada. Portas abertas, jardim florido, uma bancada com um chá bem passado e uma técnica que pôde parar o que estava fazendo e logo se interessar pelos visitantes que adentravam no espaço. Quis saber deles, interessou-se pelo tratamento de Lourival e pôs-se à disposição para mostrar o que a instituição podia lhe oferecer: uma sala de vídeo, roda de leitura e de conversas sobre as notícias de jornal, uma aula de ioga, entre outras coisas.

A transferência de Lourival para o CECCO ocorreu rapidamente. Ele solicitou ao acompanhante terapêutico que fosse visitar a instituição, porque estava interessado em percebê-la melhor. Duas ou três visitas foram suficientes para que ele sustentasse, sozinho suas idas até o local. Participou de um projeto de arrumação da videoteca e interessou-se pela oficina de ioga. Atualmente é um freqüentador assíduo...

6.2.3. O terceiro tempo

Após sete ou oito meses do início do tratamento, ocorreu um episódio importante. Era Natal, e o acompanhante terapêutico faria uma viagem de férias durante três semanas. Lourival foi avisado com antecedência e, aos poucos, foi se tornando inseguro diante da

7. Essa discussão foi desenvolvida no capítulo em que discutimos o olhar em rede e a elaboração do projeto terapêutico conforme a montagem de tratamento da paciente Angelina.

perspectiva de ficar esse tempo sem AT. Quando mais próximo o término do ano ficava, mais Lourival interrogava os detalhes da viagem, o meio de transporte, se o acompanhante terapêutico tinha amigos nos lugares que visitaria etc.

No último AT do ano, Lourival apresentou-se desestruturado. Falava a respeito de homens-bomba que saíam da televisão para molestá-lo, bem como de um fato de suma gravidade que teria ocorrido em sua casa: ele acreditava que alguém entrara em sua residência, pois não saía mais água quente do chuveiro. Esse AT ocorreu em sua casa, ele suava em bicas e dizia que não queria que o acompanhante terapêutico se ausentasse. A primeira providência a ser tomada foi verificar o que ocorrera com o chuveiro: ele fora desligado porque fazia bastante calor. Ao notar o que havia ocorrido, certa calma se instalou, apesar de Lourival ainda se ver perseguido pelos homenzinhos da TV, que conversavam com ele. Lourival e o acompanhante terapêutico despediram-se ao encerrarem o último AT do ano.

Em seguida, o acompanhante terapêutico entrou em contato⁸ com o psiquiatra e propôs um aumento de sessões na semana com a psicóloga, pois ela permaneceria trabalhando normalmente. Durante os três últimos dias que antecederam sua viagem de férias, o acompanhante terapêutico realizou contatos telefônicos com Lourival e com seu pai, avisando-os que o CAPS estaria em funcionamento e que a psicóloga intensificaria a frequência de Lourival aos atendimentos, ao menos nesse período. O psiquiatra aumentou a dose de medicação antipsicótica. O pai se tranqüilizou ao ver que a equipe de tratamento estava ciente do aumento da produção delirante de seu filho. O paciente, apesar de seu medo diante da ausência do acompanhante terapêutico, teria alguma referência durante o período. Aqui, mais uma vez, notou-se a pertinência do olhar em rede.

8. A reunião entre os técnicos participantes da rede de tratamento de Lourival foi capital para que essa mesma rede entrasse em funcionamento no referido período de regressão do paciente. Se, de um lado, o acompanhante terapêutico, que atuava como suporte das bengalas imaginárias do sujeito psicótico, iria se ausentar em função de suas férias, de outro, haveria a manutenção de uma assistência ao paciente, através da instituição como parte integrante de sua rede de tratamento, que se revelou absolutamente pertinente para sustentar o sujeito diante do abismo da loucura. Lourival se aproximou do precipício, mas não mergulhou no abismo, ou dito de outro modo, foi-lhe possível suportar esse tempo sem entrar em crise, mesmo com algumas alucinações.

Em um último contato telefônico, Lourival, apesar de sua produção delirante ter-se intensificado, afirmava com toda lucidez que sua família era muito louca. Dizia:

— O que eu faço com essa família? Ela é muito louca!

Do outro lado, o acompanhante terapêutico confirmava a importância do que ele dizia naquele momento e pedia para que o paciente falasse mais. Lourival exclamou:

— Eu não sei o que eu faço com eles, meu pai exige algo de mim que eu não consigo lhe oferecer...

Após alguns minutos a mais de conversa, o acompanhante terapêutico se despediu afirmando que o que estava sendo dito ali era muito importante e que logo seria possível dar continuidade a essa conversa.

O retorno aos ATs no ano seguinte se deu com pouca referência ao que havia ocorrido. Lourival passou o período de férias do acompanhante terapêutico sem ser internado, mas parecia um pouco apático e sem brilho. Interrogado sobre como passara aquelas semanas, dizia que estava tudo bem, mas que também estava aliviado com o retorno dos ATs.

Começou um novo ano, com novas perspectivas, projetos, visitas ao Museu do Masp, idas de ônibus para a avenida Paulista. Estavam, Lourival e o acompanhante terapêutico, retomando o trabalho, mas havia um incômodo: o que ocorrera no final do ano não aparecia nas conversas. Uma frase ficou marcada... a respeito das exigências e expectativas de seu pai sobre ele.

Tempos depois, o paciente pediu para ir ao Hospital das Clínicas – USP, pois tinha indicação de um programa que o ajudaria a parar de fumar. Lourival e o acompanhante terapêutico foram de ônibus até a avenida Dr. Arnaldo e, a caminho do Instituto Central do HC, pararam para verificar onde exatamente deveriam ir. Foi nesse momento que o acompanhante terapêutico interrogou Lourival sobre o desejo de parar de fumar, se aquela era uma demanda de seu pai ou se era algo que partia dele. Lourival foi categórico ao afirmar que essa era uma preocupação pessoal, pois estava fumando demais e não conseguia percorrer os trajetos de seu dia-a-dia, caminhar nas ladeiras de seu bairro. Mas o que se viu foi que a informação de Lourival a respeito do tal programa não procedia,

porque ele era mantido por um instituto que nada tinha a ver com o HC. Assim criou-se um impasse, logo foi solucionado: paciente e acompanhante terapêutico foram verificar se no próprio HC haveria algo parecido.

De fato, há no Instituto Central do HC um programa de qualidade de vida, que exigia dos interessados uma participação em uma palestra informativa. Foi agendada a inscrição de paciente e acompanhante terapêutico para assistirem à palestra. Na fila de agendamento, Lourival começou a suar e a dizer que não gostava daquele ambiente. O tempo de espera foi breve, e logo saíram do hospital.

Passados mais ou menos quarenta e cinco dias, foram, Lourival e o acompanhante terapêutico, cumprir o que seria o primeiro passo para participarem do programa. No carro, Lourival apresentou-se bastante apreensivo. Na verdade, a perspectiva de ir ao HC e de se propor a parar de fumar já vinha causando-lhe receios havia algum tempo. A dúvida sobre a demanda de parar de fumar veio à tona. De quem era esse pedido, dele ou do pai? E o evento ocorrido no final do ano anterior? Como se situar diante daquela frase, a de que sua família era muito louca e que seu pai exigia demais dele? O acompanhante terapêutico sabia que essa passagem do tratamento se configurava como um momento importante, sem saber ao certo no que essa aposta resultaria. Percebia-se uma demanda de um Ideal do Outro absoluto ou não-barrado, porém paciente e acompanhante terapêutico estavam protegidos por uma estratégia de sustentação de uma proximidade especular.

O acompanhante terapêutico realizou o seguinte cálculo: posicionar-se ao lado de Lourival como seu semelhante, como alguém que estaria interessado em participar da palestra somente para ver do que se tratava. No carro, indo para o hospital, travaram o seguinte diálogo:

LOURIVAL: E se eu não conseguir parar de fumar?

ACOMPANHANTE TERAPÊUTICO: Não tem o menor problema...

LOURIVAL: O que eu faço com o meu maço de cigarro?

ACOMPANHANTE TERAPÊUTICO: Guarda no bolso.

LOURIVAL: Você está com o seu maço aí?

ACOMPANHANTE TERAPÊUTICO: Estou sim, e não vou jogá-lo fora... Vou ficar com ele guardado na *pochette*...

Eles assistiram à palestra sobre o programa. Era uma sala com várias pessoas, e as perguntas versaram sobre temas como tabagismo, alimentação, exercícios físicos, sono, entre outros. Lourival permaneceu calado o tempo inteiro e, já próximo o final, pediu para ir embora. Não era fácil para ele estar ali... Foi agendada para dali a trinta dias, uma consulta para Lourival e o acompanhante terapêutico com um médico para uma primeira orientação. Eles foram embora e, no trajeto, Lourival comentou ter sentido muito medo do projetor de *slides*. Interrogado sobre esse medo, calou-se... O acompanhante terapêutico ficou atravessado por dúvidas e receios. Será que fora um cálculo equivocados de sua parte?

No AT subsequente, Lourival solicitou ao acompanhante terapêutico uma ida ao parque, local que se caracterizava, nesse tratamento, como território de segurança. Durante o trajeto até o parque, ele pediu para que ficassem em silêncio e, ao chegarem ao parque, ele retomou a história do medo do projetor de *slides*. Descreveu com riqueza de detalhes os procedimentos de eletrochoque da instituição fechada onde passara mais de uma década. Lembrou-se das sensações corporais, da aflição no momento em que percebia que o procedimento lhe seria aplicado; a dormência no momento em que acordava, após os eletrochoques... enfim, veio à baila uma série de lembranças muito doídas, porém importantíssimas. O acompanhante terapêutico pontuou o fato de que tudo aquilo deve ter sido muito difícil, mas que percebia a necessidade de falar a respeito do sentido que aquelas vivências tinham assumido para ele. Lourival resgatou uma série de pontos de sua vida de modo corajoso.

Outro ponto de grande importância foi o modo como Lourival se percebia diante das exigências do pai. Ele tocou nesse ponto com propriedade, reconhecendo que é difícil lidar com essa situação. Nesse momento, ele dá mostras de certa confusão, pois mistura o amor ao pai com uma grande dose de indiferenciação por seu genitor — amar o pai e fazer tudo o que ele manda. Ele comentava que dependia do pai para viver ao falar do medo de que ele morresse, já que se tratava de um senhor de idade. O tema do pai é recorrente e incide sempre sobre esse dilema. Interrogado sobre a possibilidade de mudar de posição em relação ao pai, Lourival não soube responder ao certo como seria possível para ele realizar tal façanha.

Passado mais ou menos um mês do ocorrido, Lourival e o acompanhante terapêutico se dirigiram ao Hospital das Clínicas, pois era o dia da primeira consulta com o médico do programa de qualidade de vida. No carro, Lourival interrogou o acompanhante terapêutico sobre a necessidade de dar continuidade ao projeto. Essa pergunta foi o estopim para decretar a falência do plano. As idas anteriores propiciaram efeitos importantíssimos para o tratamento, porém, havia ali uma insistência de Lourival a respeito da dificuldade de lidar com esse tema. Ecoavam sempre as falas de Lourival sobre a loucura familiar, a exigência excessiva do pai, a função do cigarro como um escudo ou proteção para seus medos. Por isso o acompanhante terapêutico pensou que poderia considerar os avisos de Lourival. No carro, decidiram que não iriam mais dar continuidade ao projeto qualidade de vida e foram apreciar um mirante da cidade.

No entanto, houve ali um movimento importante, pois o acompanhante terapêutico tomou a palavra diante do pai de Lourival para lhe dizer que as idas ao Hospital das Clínicas estavam suspensas. O pai foi bastante claro ao afirmar que o acompanhante terapêutico tinha autonomia e condições de avaliar o que era viável, necessário e produtivo para o AT do filho. De certo modo, foi uma surpresa o comentário do pai, pois ele mesmo consentiu e sustentou um corte de suas demandas ou exigências sobre seu filho. Algo ali operou e produziu efeitos em Lourival.

Um tempo depois, no bar de costume, Lourival e o acompanhante terapêutico travam o seguinte diálogo.

LOURIVAL: Sabe, eu sou um estudante.

ACOMPANHANTE TERAPÊUTICO: Não, você hoje não é um estudante, você já foi um estudante.

LOURIVAL: Mas eu tenho vontade de voltar a estudar.

ACOMPANHANTE TERAPÊUTICO: Isso é muito legal, o que você tem vontade de fazer?

LOURIVAL: Queria estudar computação e também retomar o inglês. Mas eu tenho um problema, eu não consigo nem ler um livro direito. Eu fico em uma página e logo quando vou para a página seguinte já esqueci o que tinha lido antes.

ACOMPANHANTE TERAPÊUTICO: Por que você não compra um caderno e treina para ser um estudante? Você pode ler e depois escrever o que entendeu no caderno.

Na saída do bar, Lourival vai sozinho a uma papelaria para comprar seu caderno. O acompanhante terapêutico, em contrapartida, reconheceu o fato de que o AT produzira uma

demanda legítima para o tratamento do paciente, acatada e sustentada por ele próprio — escrever em um caderno. Ali surgia um futuro promissor para o tratamento.

6.2.4. *O quarto tempo*

Em seu quarto, Lourival e o acompanhante terapêutico estavam diante de um caderno bem bonito, sem, no entanto, uma só letra escrita.

Curiosamente, aquilo que inicialmente era um pedido para se tornar um estudante transformou-se em uma demanda de escrita a respeito de si próprio, de suas questões subjetivas, se bem que o “ser um estudante” também toca na questão subjetiva, se se entende que “ser um estudante” é a legitimação de uma tentativa bem singular de Lourival, própria da direção de seu tratamento, que incide sobre a perspectiva de sua aproximação ao laço social.

De todo modo, o branco do caderno cedeu lugar a uma escrita sobre os efeitos do AT no tratamento. O significante “medo do projetor” retornou e foi através dele que o paciente se debruçou em um projeto de escrita de si mesmo. Em determinado momento, Lourival se volta para o acompanhante terapêutico e lhe endereça um pedido:

— Você me ajuda a publicar esses escritos?

Era evidente que a cena da palestra sobre qualidade de vida representou uma virada no tratamento de Lourival, virada percebida no *a posteriori*. Ela assumira um estatuto de contribuição à construção do *sinthoma*. Não havia mais dúvida quanto a isso, a partir do momento em que Lourival externou o pedido de ajuda para publicar seus escritos. Um desejo de tornar pública uma existência, um desejo de se fazer inscrever no laço social.

6.3 O AT, a paranóia e seu nó de trevo... ou o AT em sua função específica para a construção do sinthoma

Os recortes clínicos extraídos do caso Lourival fazem confluir dois pontos fundamentais para o presente trabalho: confirmar a hipótese dos efeitos analíticos do dispositivo do AT — ao considerar que um tratamento possível da paranóia, atravessado pela teoria lacaniana, condiz com aquilo que um psicanalista pode sustentar em termos de direção de tratamento. Isso possibilitará extrair algumas premissas importantes para a noção de transferência no AT. No entanto, antes mesmo de dar cabo ao que foi proposto, faz-se necessário recorrer há alguns aspectos específicos da paranóia, mais precisamente sua relação com a teoria dos nós borromeanos.

O nó de trevo, ou o nó da paranóia, é visto como um nó onde os três registros: o real, o simbólico e o imaginário, confluem em uma continuidade que marca uma indiferenciação entre eles.

“Na medida em que um sujeito enoda a três o imaginário, o simbólico e o real, ele é suportado apenas pela continuidade deles. O imaginário, o simbólico e o real são uma única e mesma consistência, e é nisso que consiste a psicose paranóica” (Lacan, 1975-1976, p. 52).

Lacan afirma que o nó de trevo, ou o nó da paranóia, descreve a condição inicial do sujeito (exceto a dos autistas e a dos esquizofrênicos), uma vez que houve uma identificação com o registro do simbólico através da identificação com o traço unário. É o quarto elemento do nó, o Nome-do-Pai, que irá ordenar, organizar, discriminar os três registros, ao compor uma topologia cuja figura composta por anéis ordenados ou cordinhas de barbantes, ao representarem os três registros de forma ordenada, assemelhar-se-ão à figura dos anéis olímpicos. No entanto, no caso específico da paranóia, por ter ocorrido a forclusão do Nome-do-Pai, por ter faltado o quarto elemento do nó que o organiza, os três registros encontrar-se-ão emaranhados, a não ser que haja uma suplência para a ausência do Nome-do-Pai, tal como, por exemplo, o sinthoma. Desse modo, é possível afirmar que a direção do tratamento nesse momento do ensino de Lacan, na clínica da paranóia, consiste em ordenar ou discriminar os três registros, que em um momento de crise configuram-se ou apresentam-se em uma única consistência.

E como isso ocorre? Como precisar a direção do tratamento na paranóia? Esta pergunta se desdobra em outras, tais como: qual é a função do Um na paranóia e sua relação com o registro do imaginário? De que maneira o ideal, na paranóia, articula-se com o imaginário, de sorte a salientar, inclusive, sua viscosidade? Em que medida o *pathos* do Um promove ou atribui sentido a tudo e a todos os objetos da realidade? E o olhar... Como precisar sua função na paranóia, como objeto *a*, presente nas manifestações dessa patologia? Em que medida a primazia do sentido, na paranóia, articula-se ao real e possibilita a construção do *sinthoma*, como direção para o tratamento possível da paranóia? As questões acima colocadas, específicas para articular o tratamento possível da paranóia à teoria dos nós borromeanos — como uma suplência possível à forclusão do Nome-do-Pai — servirão de eixo para a argumentação teórica subsequente, apoiada, mais uma vez, na contribuição de Quinet (2006).

Desse modo, é necessário interrogar-se acerca do estatuto do Um na paranóia, seja na teoria do significante e da linguagem, seja também na teoria do real e do gozo. Quanto ao primeiro, de início, ressaltamos o fato de que o significante, para a psicanálise, é pura diferença, visto que ele nunca é o mesmo, seja nas repetições, seja em sua relação com outro significante ou mesmo quando retorna de um outro lugar.

“Ele é o mesmo e não é o mesmo; não é idêntico a si próprio. *A unidade no campo da psicanálise não tem por função a unificação, e sim a distinção*” (Quinet, 2006, p. 91).

No entanto, o Um como unicidade foi generalizado por Lacan desde a discussão do traço unário, que comporta um paradoxo, na medida em que esse traço de distinção está na base de toda identificação. Ora, a ocorrência do fenômeno de massa se sustenta desde essa identificação, simbólica, o que permitiu a Freud (1921) romper com a suposta dicotomia existente no debate da época, a respeito da separação entre psicologia individual e psicologia social ou de massas, ao afirmar que, salvo raras exceções, toda a psicologia individual é também psicologia social. A afirmativa de Freud comporta o referido paradoxo. O Um da unicidade tem a função de reagrupar. É também o Um da lei, o S_1 . O paranóico, como já foi visto, não somente se inscreve nesse S_1 , como também se apegua à consistência desse Um, tal como será discutido adiante.

E o Um no campo do gozo? O gozo do ser — aquilo que reanima a compulsão à repetição — é impossível de ser apreendido em sua totalidade, uma vez que há sempre algo que escapa. Freud, no *Projeto* (1895), já denunciara esse fato ao descrever a primeira experiência de satisfação como uma experiência mítica, nunca mais passível de ser reatualizada e que produz um resto. Esse resto é o real que transborda, ele ex-siste, ao não entrar na significação fálica e que, ao assumir uma exterioridade ao registro do simbólico, ao mesmo tempo, insiste. O sujeito, como resposta ao real do sexo e com esse encontro traumático com o sexo, conserva a representação através do Um, o S_1 do trauma.

“No campo do gozo o Um só existe como significante dessa irrupção, desse transbordamento, significante do excesso, significante mestre que não domina o gozo” (Quinet, 2006, p. 93).

No caso específico da paranóia, não se recalcou o S_1 , tal como ocorre na neurose e tampouco ele se encontra disperso, como de fato a esquizofrenia demonstra, mas sim fica submetido à operação da retenção, ao fixar o sujeito paranóico a um gozo traumático do real, intolerável. É a partir do Um, o S_1 , que o sujeito fica retido e que também estabelece relações com os outros. Como diz Quinet, *the only one*, o que lhe confere seu traço de megalomania. O paranóico é único, pois é a exceção à regra, e também é o Um de onde se origina a lei simbólica. O paranóico dá consistência ao Um “com seu ser de gozo ao se propor a encarná-lo” (Quinet, 2006, p. 94).

Dáí pensar no sentido da retenção psíquica através de Freud. Este autor desenvolveu, no início de sua obra, a idéia de etiologia das psiconeuroses de defesa desde o incidente primário, isto é, o encontro com o sexo e o destino da representação psíquica — o significante. Há, nesse incidente primário, um a mais de prazer que, ao ser recordado, vem acompanhado de uma recriminação e de um decorrente desprazer (como substituto do que outrora fora prazer), fenômeno que permitiu a Freud aproximar a neurose obsessiva da paranóia. Na neurose obsessiva, recordação e recriminação são recalçadas e originam o sintoma obsessivo: a escrupulosidade. No caso da paranóia, há também uma conotação de gozo, acompanhada de uma recriminação que o paranóico não considera — porém, seu retorno, no real, vem através de vozes. “O paranóico não acredita na recriminação que acompanha o gozo, e sim nas alucinações que escuta”

(Quinet, 2006, p. 98). A crença ou descrença na recriminação determinará a “escolha” do sujeito ou designará, em conformidade com as palavras de Freud, o tipo de psicose de defesa. A paranóia é determinada pela descrença na recriminação, o que corresponde à forclusão do Nome-do-Pai. A recriminação como Nome-do-Pai, como assujeitamento do sujeito ao simbólico, não submeteu-se ao crédito do sujeito, o que impediu, inclusive, o esvaziamento de seu gozo. Há, nesse esquema freudiano, o significante do gozo que desemboca no significante traumático, o S_T , e o significante da lei, equivalente ao Nome-do-Pai, que é o S_L . No caso específico da paranóia, o significante da lei é foracluído e o significante traumático é retido. Este último, por não se deslocar na cadeia significativa, congela o sujeito em um gozo excessivo, movido normalmente pelo desprazer.

“Na paranóia, o S_L foracluído do Simbólico retorna no Real do lado do Outro, e assim o sujeito interpreta o que vem do Outro como sinal de recriminação, injúria e hostilidade, que transforma em perseguição. O retorno do S_L no Real recompõe a cadeia significativa ($S_1 - S_2$) vinculando-se ao S_T que retém o sujeito. Daí o sujeito ser representado por um significante para outro significante” (Quinet, 2006, p. 99).

The only one... O paranóico é único, e sua retenção permite ao sujeito, em função do S_1 , uma entrada possível nos laços sociais. É o Um da referência, Um que constitui a base da interpretação delirante. Auto-referência e retorno do foracluído do real estão articulados — o primeiro se refere ao sujeito e o segundo está relacionado com o Outro —, uma vez que a forclusão emite sinais do Outro para o sujeito, ou então, conforme Freud, condiz com aquilo que o paranóico projeta no outro. A auto-referência ou retenção do significante fixa o paranóico em uma identificação ideal e rígida. Fala-se de um significante ideal, situado por Lacan no registro do imaginário, e que não possui nenhuma mediação com outro significante, o que desemboca, por consequência, em uma “imaginarização” do simbólico — daí sua consistência imaginária. É possível extrair desse raciocínio uma evidência clínica da paranóia: em função da consistência imaginária e do ideal que mantém sua unicidade, ela convoca o sujeito a dar, constantemente, provas de suas certezas.

A questão do ideal na paranóia permitiu a Lacan afirmar que a paranóia é um visgo do imaginário⁹, ao atrelar o Um do imaginário da paranóia à identificação especular do

9. Quinet (2006) afirma que essa articulação de Lacan, presente no Seminário *RSI* na aula de 8 de abril de 1975, é a sua última definição acerca da paranóia.

narcisismo primário, ou eu ideal ou estágio do espelho. O estágio do espelho fecha uma *Gestalt* de uma imagem — outrora despedaçada —, ao impedir a dispersão da imagem e do corpo, bem como a impossibilidade de o sujeito perceber-se dividido.

“A paixão de ser Um é o padecimento do Um do ideal: *pathos* do Um. O paranóico ama o Um como a si mesmo e, entre as paixões do ser, verificamos o amor pelo Um, o ódio pelo diferente (hetero) e a ignorância da divisão subjetiva” (Quinet, 2006, p. 104).

O visgo do imaginário aprisiona o paranóico em uma tendência a atribuir sentido a tudo, bem com a estar no centro dos olhares.

O olhar na paranóia também merece destaque.

“O paranóico é um ser visto, ele é mais visto do que vê” (Quinet, 2006, p. 116).

Desse modo, o paranóico — acompanhado ou não pelas vozes alucinatórias — torna-se transparente diante do outro, ou perfurado, tal como afirmou João — além de situar-se no centro dos interesses do mundo que o rodeia. Mais uma vez Quinet se remete a Freud e a suas inúmeras referências quanto ao delírio de observação, como uma comprovação clínica da existência do super-eu. Voz e olhar, objetos pulsionais, correspondem à função super-egóica da vigilância e da crítica e retornam na realidade: o sujeito é, incessantemente, visto e comentado. O “olhar-supereu”, ou um “olhar sobre mim”, assume materialidade ou visibilidade, a ponto de o Outro mirar o sujeito. A condição do olhar na paranóia se desdobra no “empuxo-à-fama”, o que faz do paranóico um ser que visa tornar público aquilo que lhe compete, apoiado na crença de que todos se interessam por aquilo que lhe ocorre.

O olhar, como objeto *a* mais-de gozar, localiza-se no centro do nó de trevo, ao condensar os três registros, de modo a ser possível percorrê-los em continuidade.

Nó de trevo

O nó de trevo denuncia a particularidade da clínica da paranóia, na medida em que o Um do significante, como ideal, é ao mesmo tempo imaginarizado como ideal e

também como o Um do real do gozo, além de ser o Um da lei simbólica. Desse modo, é possível abordar os três registros desde o fenômeno da paranóia ao considerar o real como o gozo do trauma, onde fixa o sujeito como gozo do Outro, o simbólico como o S_1 , o qual retém o sujeito e que o representa para os outros significantes — o S_2 — e o imaginário, cuja consistência do eu propicia a idealização.

Do mesmo modo, fala-se também da continuidade dos gozos.

Nó de trevo, *apud* Quinet (2006, p. 122)

É no real do gozo do Outro, que o vigia por todos os lados, pessoas ou objetos, onde floresce o delírio de observação. É o simbólico que retém o sujeito em um gozo traumático, o que permite atrair todos os olhares sobre si e atribuir uma significação. É o imaginário que oferece consistência ao olhar, cuja materialidade faz com que o olhar apareça no campo da realidade ao mirar o sujeito, ao perfurá-lo, assim com afirmara João. Os três registros apresentam-se em continuidade, assim como as modalidades de gozo: o gozo do Outro, o gozo de sentido e o gozo fálico. Gozo do Outro absoluto, não-barrado, o que promove o empuxo-à-mulher, tornar-se objeto de gozo do Outro. O Outro que goza, ao adquirir a consistência imaginária, atribuindo sentido a tudo o que o rodeia. E, por fim, o gozo fálico, disponível ao paranóico, às custas do congelamento do desejo. A plasticidade presente na fantasia neurótica, que lhe permite uma variedade de objetos sexuais, não aparece no desejo do paranóico. Quinet descreve o desejo no paranóico como um clichê fotográfico, uma imagem cristalizada, um olhar congelado no retrato de seu desejo.

“O gozo fálico é fixado pelo objeto *a* olhar emoldurado pelo imaginário” (Quinet, 2006, p. 122).

Para finalizar, retoma-se a condição específica do nó da paranóia — sua consistência, que aparece na indiferenciação entre os três registros e também entre as três

modalidades de gozo. O momento de crise na paranóia acentua a característica aqui descrita. A questão que se coloca, no momento, é verificar a relação entre imaginário e real — no interior dessa continuidade, na medida em que se a viscosidade imaginária atribuir sentido a tudo, ela pode ter conseqüências no registro do real e, por conseguinte, mobilizar algo da ordem do sujeito e sua construção do *sinthoma*. De que maneira a aproximação ao laço social produz efeitos de sujeito no paranóico? Não é possível supor que uma boa qualidade de laço social seja suficiente para a estabilização do paranóico. A proximidade do sujeito psicótico com os objetos da realidade promove efeitos de real, percebidos através do significante, que auxiliam em sua estabilização.

É possível problematizar o caso Lourival de acordo com os quatro tempos apresentados na direção de tratamento desse caso, no intuito de confirmar a hipótese da contribuição dessa função clínica para a construção do *sinthoma*.

Lourival não demandou do acompanhante terapêutico um manejo da transferência, tal como ocorreu no caso Emerson ou mesmo no caso Beto, onde havia uma dificuldade inicial, uma vez que ambos, cada qual a seu modo, estavam reticentes à instalação do dispositivo de tratamento. Emerson, especificamente, até porque o diagnóstico psicanalítico de paranóia estava configurado, não suportara a idéia, no início do AT, de que alguém pudesse se aproximar de seu apartamento. O delírio de perseguição estava bastante acentuado e foi pensada uma estratégia — entre acompanhante terapêutico e psiquiatra — para que se assegurassem condições mínimas de tratamento. A transferência, no momento inicial, estava posta como um outro perseguidor, odiado, até que se transformou em um outro amado. Da perseguição à erotomania. O leitor se recorda do convite de Emerson ao acompanhante terapêutico, expresso em uma proposta de casamento?

Lourival começou o tratamento sem revelar a face aterrorizante da transferência. De imediato consentiu na presença do acompanhante terapêutico na transferência e também lhe endereçou um dito:

— Tenho medo de ir para a rua comprar cigarros. Podem me roubar no troco e eu não saberei me comunicar, me defender. Você me ajuda a entrar de novo na sociedade?

Ora, a transferência estava posta, pois havia as condições prévias para iniciar uma ação pela cidade. O bar foi o ponto de partida, sobretudo a ação de comprar refrigerante e pedir um cinzeiro — circunstância inicialmente protagonizada pelo acompanhante terapêutico, até o momento em que ele pôde, por completo, retirar-se dessa ação, ao deixar somente Lourival e o atendente do bar como protagonistas da ação.

Aqui se revela um primeiro aspecto a ser analisado, no que se refere à especificidade do manejo da transferência no AT com pacientes paranóicos, à luz da contribuição de Quinet acerca do estatuto dos objetos olhar e voz na paranóia, bem como à luz da indicação clínica de Pommier acerca do lugar do analista na transferência, circunscrito à clínica da paranóia e também à luz do argumento desenvolvido por Lacan (1972-1973) no Seminário *Mais, ainda*, acerca do imperativo super-egóico que anima a compulsão à repetição. Esses três aspectos possibilitarão a formulação de uma primeira premissa acerca da transferência no AT com a paranóia.

Vale retomar o argumento de Quinet (2006) acerca da noção do olhar e da voz como objetos pulsionais que impulsionam o paranóico a querer ser visto e ser falado pelo outro. Na relação especular com o outro, o paranóico se posiciona na posição de objeto desse outro ao esperar dele um olhar e uma voz que confirmem sua existência. Ora, vale recuperar, mais uma vez, o modo como Lacan descreve o primeiro tempo do Édipo, mais precisamente a função materna em sua particularidade de inscrever no corpo do bebê o significante, ao olhar e nomear aquilo que ocorre no corpo do outro. É a mãe que olha o corpo do bebê e codifica, através da linguagem, o sentido do choro desse mesmo corpo. Um choro de fome não é o mesmo que um choro de cólica. O olhar e a voz, como objetos, assumem uma posição de destaque no exercício da função materna. O paranóico, por não ter se deparado com o enigma do desejo da mãe, por estar fixado no primeiro tempo do Édipo, aprisiona-se e reproduz esse modo de relação simbiótica, imaginária e especular na transferência. O outro na transferência assume o estatuto de onipresença absoluta. Daí o querer ser visto e ser olhado, sob olhar vigilante do super-eu. Ser visto e

ser olhado pelo outro, em função do significante da lei, o S_L , que foi foracluído e que retorna através do outro. Esse ponto será retomado logo em seguida.

Pommier (1997) descreve o lugar que um analista ocupa na transferência na clínica da paranóia. Trata-se de um paradoxo, o de ocupar um lugar mais vazio na relação imaginária, ou seja, (des)erotizar a palavra, para que os significantes possam emergir na transferência. O analista passa a ocupar o lugar de um outro não especular. Fala-se de um paradoxo, na medida em que uma presença outrora totalizante — como a mãe no primeiro tempo do Édipo —, para ocupar um lugar que favoreça o tratamento analítico, exige ser esvaziada para possibilitar o endereçamento dos significantes ao outro.

Vale recuperar a indicação clínica presente no Seminário *Mais, ainda*, quanto ao super-eu como imperativo do gozo do ser, aquilo que exatamente anima a compulsão à repetição. Esse aspecto merece ser apontado, pois o paranóico erotiza o olhar e a voz como uma manifestação do super-eu que fora foracluída. O significante da lei retorna através do outro da realidade. Nessa perspectiva, toda e qualquer intervenção super-egóica fracassa, na medida em que ela se distancia do discurso analítico, além de retomar a onipresença do outro.

O manejo da transferência realizado pelo acompanhante terapêutico na ação de comprar um refrigerante seguiu à risca as orientações teóricas acima retomadas. O leitor se recorda do modo como o acompanhante terapêutico manejou a transferência na concretização da ação de comprar o refrigerante. Sua presença — marcada pelo uso da voz e do olhar — foi, aos poucos, sendo esvaziada gradualmente, através do silêncio e, posteriormente, pela sua “distração” calculada no momento em que o olhar que verificaria o troco não existiu.

Quanto à função clínica do acompanhante terapêutico na clínica da paranóia, é possível formular a noção de esvaziamento dos objetos pulsionais — olhar e voz —, que outrora foram necessários para a concretização de uma ação, mas que, passo a passo, deixaram de se manifestar nessa circunstância, pois Lourival foi convocado a assumir, gradualmente, sua função como protagonista da ação diante do atendente do bar. O cálculo foi preciso, seja na função do esvaziamento da presença do acompanhante terapêutico na ação, seja também pelo fato de que a retirada dos objetos voz e olhar, no

exemplo do refrigerante, foi suportável para Lourival, uma vez que a ação se concretizou. Outro aspecto relevante foi o fato de o acompanhante terapêutico ter suportado o jeito meio estabonado de Lourival ao não interferir com códigos de boas maneiras, uma vez que estava avisado do imperativo super-egóico que anima a compulsão à repetição. Dito de outro modo, interessa ao acompanhante terapêutico que um paciente se arrisque a realizar uma ação, sem se importar se ele, o acompanhante terapêutico, faria diferente ou não. O leitor se recorda do dito de Lourival sobre sua incapacidade de ir comprar cigarros?

A compra do refrigerante descreve o manejo da transferência no AT, pois o paradoxo da presença vazia¹⁰ possibilita o estabelecimento da transferência entre o paciente e os objetos presentes na realidade. Lourival e o atendente protagonizaram uma ação no momento em que houve a compra do refrigerante. O paciente aproximou-se de uma oferta de laço social oriunda de um objeto da realidade. Pode-se afirmar que o manejo da transferência no AT, na ação pela cidade, vai de uma onipresença a um semblante de presença. O paradoxo da transferência no AT reside nesse ponto: a presença do acompanhante terapêutico conduz o paciente em direção às ofertas de laço social, até o ponto em que esse mesmo paciente pode prescindir da presença do acompanhante terapêutico para a concretização de uma ação entre o paciente e algum objeto. A presença do acompanhante terapêutico na transferência exige um cálculo, desde sua entrada até o modo como se efetivará sua saída, para que uma ação se concretize quando o paciente prescindir da presença do acompanhante terapêutico.

O segundo tempo, ou o segundo recorte, do caso Lourival incide sobre a perspectiva de consolidar uma articulação de sua equipe de tratamento, que inicialmente era composta por um psiquiatra, uma psicóloga, ambos técnicos de um CAPS, e o acompanhante terapêutico, desvinculado dessa equipe, de modo a apresentar a Lourival a existência de um funcionamento do olhar em rede como um procedimento ético de suma importância para seu tratamento, bem como o alargamento dessa mesma equipe com a

10. É possível realizar um deslizamento do paradoxo da transferência na experiência analítica da clínica da paranóia para a função clínica do AT. Na primeira, o esvaziamento da presença de um analista, na transferência, permite o endereçamento dos significantes do sujeito ao analista. Na segunda, o esvaziamento da presença do at ou o semblante de presença, bem como o apagamento da voz e do olhar, permite endereçar o sujeito às ofertas de laço social.

inclusão de um CECCO. A presente análise se deterá somente sobre um aspecto: a sustentação, por parte do acompanhante terapêutico, de que Lourival se beneficiaria em circular pelo CECCO.

Esse ponto é breve. A transferência de Lourival com o acompanhante terapêutico permitiu esse projeto (a pertinência de um psicótico circular no CECCO foi amplamente discutida a partir do caso Angelina), que se iniciou com algumas poucas idas de ambos ao território institucional e que depois perdurou sem a presença do acompanhante terapêutico. A circunstância do boteco para comprar um refrigerante permitiu descrever a transferência no AT a partir do paradoxo do semblante de presença ou da presença opaca, silenciosa e distraída. A ida ao CECCO, inicialmente, se deu junto com o acompanhante terapêutico, mas, pouco tempo depois, Lourival passou a ir sozinho... Nesse caso específico, sua ação no CECCO prescindiu da presença do acompanhante terapêutico por completo. A situação do bar permitiu o deslizamento entre uma presença totalizante a uma presença opaca, já a ação ao CECCO rapidamente prescindiu de qualquer tipo de presença do acompanhante terapêutico – de uma presença à ausência.

No entanto, o argumento acima merece uma ressalva, na medida em que esse projeto terapêutico — a ida de Lourival ao CECCO — contou com duas especificidades importantes. A primeira delas consiste no fato de que “essa lebre” foi levantada em uma reunião de equipe — aquela na qual se buscou apresentar ao paciente uma boa articulação entre os técnicos que o assistiam e o decorrente olhar em rede —, de modo a haver uma aposta coletiva em seus recursos e uma indicação sustentada por todos, e não somente pelo acompanhante terapêutico. É verdade que um acompanhante terapêutico, avisado sobre os equipamentos que compõem a rede de Saúde Mental, bem como das especificidades dos dispositivos de tratamento, pode ter em mãos elementos importantes para a direção de um tratamento. Também é verdade que foi o acompanhante terapêutico quem solicitou essa reunião de equipe, de apresentação entre técnicos, entre técnicos e Lourival, técnicos comprometidos e preocupados com o sucesso clínico do caso... Se não houvesse uma preocupação em consolidar as condições necessárias para o olhar em rede por parte do acompanhante terapêutico, não teria sido possível Lourival ter conquistado o CECCO como território de circulação. Outra especificidade importante é a própria

natureza do CECCO, instituição concebida para promover o encontro entre o heterogêneo. O olhar em rede e a concepção de montagem institucional do CECCO permitiram um segundo deslizamento quanto à qualidade da presença do acompanhante terapêutico — de uma presença totalizante a uma ausência construída a partir daquilo que outrora fora uma presença.

O terceiro tempo condiz com a função clínica do AT, função que comporta efeitos analíticos ou que contribui para a construção do *sinthoma*. O ponto de análise reside no momento em que o próprio paciente propôs uma ida ao HC, na tentativa de participar de um programa que o auxiliasse a parar de fumar. Essa proposta, inicialmente sugerida por Lourival, foi acatada pelo acompanhante terapêutico com certo receio. Lourival afirmara tratar-se, de fato, de uma vontade sua, mas, desde o começo, uma dúvida se apresentara ao acompanhante terapêutico, uma vez que o pai de Lourival já havia endereçado uma fala nesse sentido:

— Ele fuma demais, tem que reduzir...

Será que ele não estava, em alguma medida, colado a uma fala e a uma demanda do pai? Aqui é interessante recuperar o argumento exposto por Quinet (2006) acerca do ideal. Se, de um lado, há o ideal do Outro não-barrado encarnado na fala do pai, de outro, Lourival parecia tomar para si a responsabilidade de cuidar do próprio corpo, da própria imagem, afinal ele afirmou que não conseguia vencer as ladeiras do bairro. O ideal, na paranóia, atrela o Um do imaginário ao estádio do espelho e propicia a viscosidade do imaginário. A insistência no projeto qualidade de vida, apesar da dúvida acima exposta, fundamentou-se na questão do construir um ego como uma suplência possível à *foraclusão* do Nome-do-Pai.

De todo o modo, a primeira visita ao Instituto Central do HC transcorreu sem grandes percalços. O que merece destaque é a segunda visita, que causou efeitos importantíssimos no tratamento. A ida de carro ao instituto, o diálogo que se travou entre o acompanhante terapêutico e o paciente, o cálculo no manejo da transferência... Lourival afirmara a impossibilidade de abrir mão do cigarro, não sabia o que fazer com o maço, dizia que não iria agüentar. O acompanhante terapêutico, em seu turno, realizou uma

intervenção que permitiu dar algum contorno a Lourival — uma intervenção especular —
— que ofereceu-lhe algum suporte:

— Olhe, eu também não vou jogar o meu maço fora. Vamos lá conhecer, assistir uma palestra... Não somos obrigados a parar de fumar.

Lourival suportou quase todo o período da palestra informativa sobre qualidade de vida, mas, quase no final, pediu para ir embora. No carro, ao caminho de casa, ele afirmou:

— Eu tive muito medo do projetor de *slides*.

Permaneceu o resto do percurso em silêncio.

“Eu tive muito medo do projetor de *slides*.” Esta foi sua única frase a respeito da palestra informativa sobre o programa de qualidade de vida sediado no HC. No momento anterior, no carro, acompanhante terapêutico e Lourival reatualizaram uma transferência especular ou simbiótica. Já no auditório do hospital estavam lado a lado, diante de uma oferta de laço social, sustentada por um grupo de profissionais e outros interessados no referido programa. Lourival era mais um entre tantos que se candidataram para participar de um serviço gratuito. A ação de assistir a uma palestra resultou em efeitos de real, percebidos na frase dita por Lourival.

A clínica da paranóia prioriza aquilo que é do real e que fora foracluído, cujo retorno advém dos objetos da realidade¹¹. Lacan já nos alertara para esse fato, para essa evidência clínica, desde o Seminário *As psicoses*, no momento em que problematizou o exemplo da mãe e filha e a palavra porca. A condição própria do inconsciente na paranóia é descrita como um inconsciente a céu aberto. É nesse sentido, inclusive, que um paranóico povoa os objetos da realidade concreta com suas criações inconscientes, capazes, inclusive, de perturbar a própria ordem social. Não é o caso de Lourival, pois ele parece viver suas criações inconscientes de forma bastante silenciosa.

11. É interessante notar que o presente raciocínio se fundamenta na superação da dicotomia interno X externo, presente no pensamento de Freud mas superada por Lacan desde a figura topológica da banda de Moebius, trabalhada anteriormente.

Falamos anteriormente da viscosidade do imaginário. O paranóico é uma pletora de sentido... Por ser o número Um, *the only one*, ele atribui sentido a tudo e a todos os que o rodeiam. O visgo do imaginário oferece consistência ao Um do paranóico. Ter medo do projetor de *slides*, em vista do que acaba de ser dito, confirma essa mesma fundamentação teórica. O projetor de *slides* estava ali, naquela posição, capaz de lhe causar temor em função do visgo do imaginário. De outro lado, comentamos também a característica do retorno do real, que fora foracluído por não ter entrado no sistema de simbolização. O real retorna, ex-insiste e produz efeitos. O projetor de *slides* capturou o imaginário de Lourival nessa ação e, ao mesmo tempo, promoveu efeitos de real em sua subjetividade. Real e imaginário caminham juntos... Como? Qual é a relação entre real e imaginário? De que maneira a viscosidade do imaginário captura o sujeito frente aos objetos da realidade? Em contrapartida, quais são os efeitos de real advindos dos objetos da realidade sobre o sujeito?¹²

Lacan (1975-1976) no Seminário *O sinthoma*, aproxima o registro do real ao registro do imaginário, este como suporte da consistência do nó de trevo. O registro do real por ex-sistir ao imaginário e ao simbólico, encontra nesses dois registros sua retenção.

“É igualmente na medida em que ex-siste ao real que o imaginário encontra o que lhe detém e que, nesse caso, é mais perceptível” (Lacan, 1975-1976, p.49).

Por conta da continuidade do nó, do emaranhado dos três registros, é possível estabelecer essa estreita relação entre real e imaginário. A ex-sistência do real é retida, barrada, contornada pela viscosidade imaginária.

Em outro momento do mesmo seminário, Lacan realiza um neologismo entre as palavras cadeia e nó, *cadeinó*¹³. A cadeia se apresenta tal como os anéis olímpicos, onde se presume a não-indiferenciação dos três registros. O nó de trevo, por sua vez, mantém

12. O sujeito como quarto elemento do nó, nesse momento do ensino de Lacan, localiza-se no S1, e não mais no S2, tal como o era na perspectiva de tratamento da construção da metáfora delirante. Lacan, ao dar continuidade ao seu argumento, interroga-se acerca de modo como abordar o sujeito – desde a noção do nó de trevo – a ponto, inclusive, de distinguir a personalidade do sinthoma. Daí sua resistência em publicar, novamente, sua Tese de Doutorado sobre a paranóia e *suas relações com a personalidade*, pois nesse momento ele afirma que não é possível estabelecer relações entre personalidade e paranóia, uma vez que não são a mesma coisa. O sujeito é o quarto elemento do nó borromeano, ele o ordena.

13. Ou *Chaînoeud*, em francês.

os registros em continuidade. Nessa passagem do seminário, Lacan evoca a descrição da cadeia ao conjugar os três registros para, em seguida, afirmar a importância do real.

“O importante é o real. Depois de ter falado longamente do simbólico e do imaginário, fui levado a perguntar o que poderia ser o real nessa conjunção” (Lacan, 1975-1976, p. 103).

Os efeitos de real, percebidos no significante, favorecem a articulação dos registros — ou então reorganiza o nó de trevo na forma dos anéis olímpicos, em cadeia — desde que o significante assuma estatuto de S_1 , de articulador.

Também é possível abordar os efeitos de real sobre o sujeito a partir do argumento exposto por Quinet (2006) acerca dos destinos distintos entre o significante da lei e o significante do trauma, S_L e S_T , respectivamente. O significante da lei, foracluído, retorna desde a realidade através do real, ao lado do Outro (não-barrado ou absoluto), e desemboca em um sinal de hostilidade e perseguição. O retorno desse significante, o S_L , no real recompõe a cadeia significante ao vincular-se ao Um do significante traumático, o S_T . Essa retenção, conforme o que já foi exposto, permite ao sujeito paranóico se localizar no laço social, pois o Um da referência condiz com o S_1 , o significante onde se localiza o sujeito do inconsciente ou o *sinthoma*¹⁴.

A fala: “Eu tive muito medo do projetor de *slides*”, sustentada no significante medo atrelado ao objeto projetor de *slides*, assume o estatuto de S_1 , próprio do sujeito, ao recompor a cadeia de significantes ($S_1 - S_2$), além de desembocar, no *a posteriori*, em um

14. *Sinthoma* e personalidade não são equivalentes, seja na paranóia, seja na neurose. Para Lacan, o neurótico lança mão de seu *sinthoma*, e não mais de sua personalidade, para suturar a falha⁶⁰ do real. O *sinthoma* não condiz com a personalidade, mas sim com o inconsciente. “O termo que tem uma relação privilegiada como que é da ordem do *sinthoma* é o inconsciente.” (Lacan, p.53, 1975-76). Mais adiante Lacan complementa avança ao articular *sinthoma* e inconsciente ao estabelecer um paralelo entre imaginário e real. “É na medida em que o *sinthoma* volta a se ligar ao inconsciente e o imaginário se liga ao real que lidamos com alguma coisa da qual surge o *sinthoma*.” (Lacan, p.53, 1975-76) Ao avançar em seu seminário, Lacan oferece uma outra questão: “Trata-se de situar o que o *sinthoma* tem a ver com o real, o real do inconsciente, se o inconsciente for real. Como saber se o inconsciente é real ou imaginário? É efetivamente a questão. Ele participa de um equívoco entre os dois.” (Lacan, p.98, 1975-76) Ora, se se pergunta acerca da intervenção analítica, daquilo que toca o real, sua orientação — *o pas-de-sens* — tal como Lacan trabalha no Seminário 23, condiz com a dupla acepção que a homofonia dessa expressão que sugere o idioma francês. O passo de sentido e a negação do sentido. Uma intervenção analítica — nesse momento do ensino de Lacan, momento esse em que ele se debruça sobre o caroço do real — orienta-se não pela primazia do sentido mas sim pela forclusão do sentido. “Mas a orientação não é um sentido, uma vez que ela exclui o único fato da copulação do simbólico e do imaginário em que consiste o sentido. A orientação do real, no território que me concerne, forclui o sentido.” (Lacan, p.117, 1975-76) Desse modo, a intervenção analítica se orienta ou visa quebrar o novo imaginário que instaura um novo sentido. Daí pensar o estatuto da intervenção analítica — um curto-circuito que atravessa o sentido.

efeito importante, descrito na discussão desse caso como o quarto tempo — o pedido de escrita. Os efeitos de real no AT e sua contribuição para a construção do *sinthoma* foi percebido no *après coup*, no após o golpe... do real. Finalmente, e desde o que foi exposto até então, é possível afirmar que uma ação do paranóico no social — ou um projeto terapêutico no AT — permite efeitos de real favoráveis à construção do *sinthoma*.

Após a circunstância do projetor de *slides*, verificou-se um interesse de Lourival em direção ao laço social, além de se aventurar a reconstruir sua própria história. Quanto a essa última, no parque, foi-lhe possível recuperar momentos vividos em sua internação de doze anos, o eletrochoque, a dormência das substâncias ali ingeridas, uma interna da instituição de quem ele gostava, o pai, entre outros. Lourival deixou a ruminação de lado e passou a pôr em palavras algo de muito particular, doído, mas que lhe permitiu uma aproximação àquilo que aparentemente lhe era impossível de abordar... Já no velho e conhecido boteco, ocorreu o diálogo acerca do querer ser um estudante, referência inédita no tratamento, dando a ver alguém que não era o louco, o interno, o usuário de uma instituição de tratamento, mas sim um estudante, alguém que legitimamente ocupa um lugar no laço social. Ser estudante, ler livros e ter um caderno para escrever.

E aí reside o quarto tempo do recorte apresentado: o movimento de escrita sobre si mesmo e o pedido de publicação. O interesse aqui reside na perspectiva de apontar uma outra evidência clínica que corrobora a hipótese de que Lourival orientou-se para a construção do seu *sinthoma* após ter ido à palestra no HC. Não é o caso de recuperar elementos teóricos trabalhados no capítulo anterior, mas apenas de destacar o fato de que o movimento realizado pelo paciente — seu interesse em ter um caderno, escrever sobre si e publicar — foi disparado por uma intervenção ocorrida no AT. O AT contribuiu para a construção do *sinthoma* de Lourival, o que confere à sua função clínica um estatuto psicanalítico.

Quinet (2006) comentou — o empuxo-à-fama do paranóico — querer tornar público aquilo que lhe concerne. O acompanhante terapêutico não disse nada a Lourival acerca da viabilidade de publicar ou não seus escritos. No entanto, seu empuxo-à-fama lhe serviu e ainda lhe serve como um artifício para se motivar a escrever — mais, ainda

— sobre si, debruçado sobre a perspectiva poética de lançar mão de seus significantes para construir o seu *sinthoma*.

6.4. Considerações preliminares sobre a transferência no AT com pacientes paranóicos... ou os tempos do sujeito no AT

Os recortes clínicos de Emerson, João e Lourival permitiram extrair algumas considerações importantes para pensar os tempos do sujeito paranóico na direção do tratamento possível no AT.

Do ódio ao outro à construção do *sinthoma*. Esse percurso incide sobre dois tempos na direção do tratamento, que podem ser descritos da seguinte forma:

1º tempo — De um outro aterrorizante, cuja direção de tratamento se sustenta na passagem do ódio à erotomania ou então... de uma ausência necessária à uma presença totalizante.

2º tempo — De um outro totalizante ao *sinthoma*, cuja direção de tratamento se apóia no esvaziamento da presença totalizante — o apagamento da voz e do olhar do acompanhante terapêutico — para que o sujeito se volte para os objetos da realidade, de onde o real retorna e produz efeitos para a construção do *sinthoma*.

A transferência na paranóia consiste... em uma relação narcísica e especular. A consistência imaginária encapsula o outro, não há entrada possível de um terceiro para romper a simbiose. Dessa condição, decorre o seguinte paradoxo: a clínica do AT com pacientes paranóicos se sustenta em uma presença esvaziada, não mais na perspectiva de um endereçamento de significantes do sujeito ao analista, mas sim na perspectiva de um endereçamento do sujeito — seu olhar e sua voz — aos objetos que povoam a realidade social.

Considerações finais ou...
DE AT E PSICANÁLISE: UMA INTERSECÇÃO?
PARA AT E O TRATAMENTO POSSÍVEL
DA PARANÓIA

O instante de olhar, o tempo de compreender e o momento de concluir... Três tempos para o corte de uma sessão analítica ou três tempos para finalizar este processo de pesquisa sobre a função clínica do AT e a teoria psicanalítica. Momento de concluir o que foi possível sistematizar nessa pesquisa, o fechamento... Contudo, paradoxalmente, é também um momento de abertura para as questões que ainda permanecem abertas.

O instante de olhar

O início de meu percurso como acompanhante terapêutico foi marcado por um estranhamento diante dos discursos predominantes na época sobre sua função clínica. A pluralidade dos saberes presentes no debate acerca da reforma psiquiátrica — o discurso psicanalítico; o discurso da ciência, onde também se localiza o discurso médico; o discurso jurídico; as práticas assistencialistas; entre outros — atravessavam aqueles que se aventuravam em definir o que seria próprio da função clínica do AT. E ainda restava uma questão – AT e psicanálise: seria essa uma intersecção viável?

O tempo de compreender

O instante do olhar foi o tempo prévio para a decisão de me lançar nesta pesquisa. Os embates com a clínica do AT e a superação de alguns de seus impasses caminhavam, passo a passo, com meus estudos sobre a teoria de Freud e Lacan a respeito do tratamento

possível das psicoses. Já era tempo de atravessar os momentos de elaboração da teoria psicanalítica para fundamentar a função clínica do AT em sua especificidade.

A primeira indicação clínica de Lacan para o tratamento possível das psicoses, conhecida como a teoria psicanalítica da linguagem e localizada na década de 1950, permitiu-me teorizar, através da idéia de construção da metáfora delirante, dois pontos que foram privilegiados nesse percurso de pesquisa: a instalação do dispositivo de tratamento e o *olhar em rede*.

Vamos à instalação do dispositivo de tratamento na paranóia. Em certos casos, a construção do dispositivo de tratamento na paranóia é gradual, pois o sujeito encontra-se na vertente do ódio — quando o outro é alguém aterrorizante, quando ele atribui ao outro um caráter de perseguidor —, o que pressupõe um tempo anterior do sujeito quanto à transferência qualificada por Freud como erótica (a erotomania) pertinente para o sujeito psicótico se colocar em tratamento, desde que um clínico sustente o paradoxo da transferência — uma presença esvaziada —, pois assim se torna viável o endereçamento dos significantes do sujeito ao outro.

Em toda e qualquer clínica psicanalítica — seja a análise com neuróticos, seja o tratamento possível da paranóia —, a presença do analista é condição necessária para a construção do dispositivo de tratamento. No caso específico da paranóia, mais especificamente quando o outro é alguém perseguidor (o paranóico odeia o outro), a construção do dispositivo de tratamento é lenta e gradual, pois há um tempo anterior à transferência descrita por Freud como erotomania. A experiência clínica nos mostrou que o AT, ao tomar o caso Emerson como exemplo, tornou-se uma estratégia privilegiada para a superação desse mesmo impasse.

Contudo, o comentário não se restringe ao que afirmei anteriormente, pois ainda noto na literatura psicanalítica sobre o tema uma escassa elaboração teórica acerca da instalação do dispositivo de tratamento na paranóia. O recorte trabalhado do caso João ilustrou o endereçamento de significantes a mim e foi nesse momento que lhe propus realizar um trabalho de escrita. Essa passagem nos indicou a entrada de João no dispositivo de tratamento, mas, mesmo assim, interrogo-me se essa mesma passagem ainda não permanece pouco teorizada no campo psicanalítico, quando comparada com as

inúmeras referências teóricas acerca da construção do dispositivo analítico na clínica da neurose. Dito de outro modo: há, na teoria de Jacques Lacan, conceitos pertinentes para uma teorização mais sistematizada sobre a instalação do dispositivo de tratamento na paranóia?

O *olhar em rede* esteve presente em diversos momentos de minha prática clínica como acompanhante terapêutico. Emerson não suportava a proximidade de um outro. O psiquiatra e eu manejamos a transferência com o intuito de assegurar uma estratégia possível para possibilitar a construção de minha presença nessa transferência. Angelina sofria a ação do gozo de sua mãe, no caso, o boicote a seu tratamento. Essa leitura realizada pela instituição de tratamento incitou-a a formular uma demanda de AT para Angelina, experiência que resultou em uma concepção de AT importante para os adolescentes psicóticos dessa mesma instituição, ao estabelecer uma rede ou parcerias com outras instituições de tratamento de Saúde Mental do Município de São Paulo. João não queria um segundo acompanhante terapêutico e também não dispunha de um espaço para endereçar seus significantes em um trabalho de escrita. O *olhar em rede*, nesse caso, permitiu-me, mesmo desvinculado de uma equipe constituída *a priori*, enriquecer sua montagem institucional de tratamento cujos efeitos foram notáveis para seu percurso clínico. Uma reunião de equipe (o psiquiatra, a psicóloga e eu), realizada em um CAPs, permitiu-nos sustentar uma aposta nos recursos de Lourival. Apontamos para a necessidade de alargar sua montagem institucional de tratamento, e foi-lhe possível prescindir de minha presença para manter sua transferência ao CECCO. Essa mesma equipe do CAPs, no momento em que me ausentei por conta das férias, pôde se mobilizar diante de um risco de uma nova crise. Lourival suportou esse período. Portanto, afirmo que o *olhar em rede* acompanha os tempos do sujeito na direção de tratamento no AT, o que lhe confere um estatuto ético.

Há também outro aspecto, uma vez que o olhar em rede e a escuta do delírio orientam a formulação de um projeto terapêutico, ao considerar a posição do psicótico diante da borda da loucura. O AT se definiu, no início dos anos 1990, como uma clínica de ação no social. Hoje proponho revisitar essa definição, pois não é possível tomar como um *a priori* toda e qualquer saída ou ação no social como direção de tratamento para o

AT. A elaboração de um projeto terapêutico, ao ser concebida através do olhar em rede, é fundamental, pois irá determinar a qualidade de ofertas de laço social com as quais o sujeito psicótico irá se deparar.

A teoria dos nós borromeanos, elaborada por Lacan na década de 1970 e conhecida como a clínica do real ou o campo do gozo, atribui-lhe uma nova direção para o tratamento possível das psicoses. Os três registros, o real, o simbólico e o imaginário, articulam-se a partir de um quarto elemento, o Nome-do-Pai, ou o *sinthoma*. Na paranóia, esse quarto elemento é *fora*cluído e, por isso mesmo, Lacan propõe como direção de tratamento para essa clínica a construção do *sinthoma* como *articulador* desses três registros.

O paranóico estabelece uma relação narcísica com o outro, e assim é com um acompanhante terapêutico ou com os outros objetos presentes no social. O acompanhante terapêutico, uma vez estabelecida uma transferência erotizada, busca promover aproximação ao laço social, desde que ela seja possível ao paciente. Paciente e acompanhante terapêutico circulam pela cidade e, passo a passo, o acompanhante terapêutico passa a construir o paradoxo da transferência — uma presença esvaziada —, pertinente para o paranóico se voltar para os objetos da realidade. Vejamos o exemplo de Lourival e atendente do bar. O acompanhante terapêutico, ao silenciar sua voz, ao apagar seu olhar, convocou o paciente a se posicionar diante da oferta de laço social que ali ocorria. Por consequência, a transferência narcísica estabeleceu-se entre Lourival e o atendente. Essa condição de esvaziar a transferência no AT permite ao paciente se voltar para os objetos da realidade, de modo a favorecer a ocorrência do retorno do real que foi *fora*cluído. O *significante da lei* (S_L) *fora*cluído, ao retornar pela via do real, assume estatuto de S_1 e por isso mesmo, por equivaler-se ao Nome-do-Pai, articula ou organiza os três registros. Essa passagem da pesquisa permitiu-me concluir que o AT, em sua estratégia e em sua especificidade, contribui para a construção do *sinthoma*, o que também lhe confere um estatuto psicanalítico.

As contribuições de Lacan para o tratamento possível da paranóia — a construção da metáfora delirante e a construção do *sinthoma* — permitiram-me sistematizar três aspectos importantes para o AT com pacientes paranóicos: a instalação do dispositivo de

tratamento, o olhar em rede e sua contribuição para a construção do sinthoma. É importante salientar a interdependência entre esses três aspectos, pois é o olhar em rede que irá orientar a intervenção de um acompanhante terapêutico em direção à instalação do dispositivo de tratamento ou em direção à construção do sinthoma. Há também outro aspecto a ser considerado quanto à função clínica do AT: a construção do sinthoma depende da efetivação do dispositivo de tratamento ou, dito de outro modo, a construção do sinthoma é um tempo posterior ao tempo de construção do dispositivo de tratamento.

Esses três aspectos — instalação do dispositivo de tratamento, olhar em rede e construção do sinthoma — fundem os dois campos, AT e psicanálise, de modo a superar a questão posta no início deste trabalho, a de AT e psicanálise serem uma intersecção viável. Hoje, na perspectiva em que me apresento, a de um acompanhante terapêutico lacaniano, sustento a premissa de que é uma psicanálise o que se espera de um AT.

O momento de concluir

O significante terapêutico incita a confusões, quando se toma o binômio AT e inclusão social ou o terapêutico como o equivalente do incluir.

A psiquiatria democrática italiana propõe criar mecanismos de inclusão social, de modo a lançar o psicótico na cidade, a ponto, inclusive, de realizar um projeto urbanístico para o desmonte do manicômio. Vimos, nessa pesquisa, que a referida experiência deixou escapar determinada concepção de subjetividade, e sua proposta de inclusão social foi fundamentada somente pelo discurso sociológico e jurídico. O campo do AT, influenciado também por uma definição que preconiza a ação do psicótico pela cidade, parece assumir em certos momentos a mesma posição que outrora assumiu a experiência de Trieste — o que vale é a ação no social.

Ao propor uma teoria de subjetividade da psicose, a psicanálise, além de problematizar a noção de inclusão, oferece-nos uma indicação importante para a direção de tratamento possível da paranóia. Nesse sentido, o acompanhante terapêutico, em sua estratégia, tem uma condição privilegiada para a instalação do dispositivo de tratamento.

Por que não produzir uma demanda de escrita no caso João? Os opositores dessa posição irão argumentar que eu estaria somente priorizando uma relação narcísica com o paciente, ao colocar os objetos da realidade em um segundo plano. Ora, nessa passagem do percurso clínico de João, o AT possibilitou incrementar sua montagem institucional de tratamento, pois é sabido que a escrita na psicose tem uma função importante para a construção do *sinthoma*. Posiciono-me no campo de debate do AT ao afirmar que um acompanhante terapêutico lacaniano está atravessado por sua concepção de subjetividade e, conseqüentemente, ciente dos tempos do sujeito diante de seu tratamento. O AT serviu e serve para a construção do dispositivo de tratamento e, em certos momentos de um percurso subjetivo, cabe manejar a transferência de modo a possibilitar o endereçamento dos significantes.

Os analistas, inclusive alguns de orientação lacaniana, confundem-se com o significante terapêutico, por acreditarem que a natureza da intervenção do AT — calcada no binômio terapêutico e inclusão — sustentaria determinada forma de inclusão social fundamentada somente pelos discursos sociológico e jurídico. Há ressalvas no meio psicanalítico, sobretudo por parte de alguns psicanalistas que permanecem em seus consultórios, em indicar um acompanhante terapêutico para compor uma montagem de tratamento, pois há o receio de que sua intervenção seria assistencialista ou pedagógica e, portanto, contrária à ética do sujeito. Ora, o caso Lourival ilustra a função clínica do AT como uma clínica de inclusão simbólica, uma vez que os efeitos de real favorecem a construção do *sinthoma*, ao *articular* os três registros. O AT dispõe de uma concepção de transferência para fundamentar a função clínica de circulação com um paciente paranóico no social — cujos efeitos de real catalisam a construção do *sinthoma*. Por que abrir mão dessa estratégia de tratamento? Por que desconsiderar a importância de uma equipe de tratamento — bem como do olhar em rede —, uma vez que essa mesma equipe tem melhores condições de superar os impasses do tratamento possível da paranóia?

Por fim, gostaria de apontar uma questão que permanece aberta. Esta tese se sustentou, basicamente, sobre a clínica da paranóia, exceto no caso Angelina, uma psicose. Priorizei na apresentação desse recorte aspectos institucionais do AT, seja a função do olhar em rede em uma instituição (no momento em que se percebeu o boicote

de sua mãe ao tratamento), seja a eficácia de um projeto terapêutico para o AT quando se propõe a ida a um CECCO. Contudo, no que concerne à contribuição para o debate sobre a transferência no o AT com pacientes paranóicos, somente os casos Emerson, João e Lourival estiveram presentes, o que me permite afirmar que essa pesquisa possibilitou uma contribuição para o mesmo debate. É aí que se coloca a questão: como teorizar os outros tipos clínicos da estrutura psicótica, tais como o autismo, a esquizofrenia e a melancolia no AT? E o AT em certos casos graves de histeria, neurose obsessiva e fobia? Como pensar a constituição da subjetividade nos referidos tipos clínicos, suas conseqüências para a direção de tratamento e o manejo da transferência, de modo a contribuir para o debate acerca da transferência no AT? Essas questões constituem um ponto de partida para problematizar a função clínica do AT em cada um dos tipos clínicos citados, de modo a contribuir para o campo de teorização do AT, assim como para a própria psicanálise.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARAÚJO, F. (2005). Do amigo qualificado à política da amizade. *Estilos da Clínica: Revista sobre a infância com problemas*. vol. 19, nº 1, pp. 84-105.
- ARAÚJO, F. (2006). *Um passeio esquizo pelo acompanhamento terapêutico — dos especialismos à política da amizade*. Niterói: publicação independente.
- BAREMBLITT, G. (1991). Comentários. In: Equipe de A.T.s de A CASA, *A rua como espaço clínico*. São Paulo: Editora Pulsional.
- BARRETO, K. D. (1998). *Ética e técnica no acompanhamento terapêutico. As andanças com Dom Quixote e Sancho Pança*. São Paulo: Unimarco Editora.
- BEISIEGEL, M. (2008). *De menina a Angelina*, mimeo.
- CABAS, A. G. (1988). *A função do falo na loucura*. Trad.: Cláudia Berliner. Campinas: Papirus.
- CAIAFA, R. (1991). O acompanhante terapêutico e a rua: o social como constitutivo do acompanhamento. In: Equipe de A.T.s de A CASA, *A rua como espaço clínico*. São Paulo: Editora Pulsional.
- CARONE, M. (1995). Da loucura de prestígio ao prestígio da loucura. In: SCHREBER, D. P., *Memórias de um doente dos nervos*. Trad. e introd.: Marilene Carone. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- CARVALHO, S. S. (2004). *Acompanhamento terapêutico: que clínica é essa?* São Paulo: Annablume.
- CAUCHICK, M. P. (2001). *Sorrisos inocentes, gargalhadas horripilantes. Intervenções no acompanhamento terapêutico*. São Paulo: Annablume.
- CENAMO, A. C. V. et alii (1991). O **setting** e as funções no Acompanhamento Terapêutico. In: Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia A CASA (org.). *A rua como espaço clínico. Acompanhamento Terapêutico*. São Paulo: Escuta.
- CIACCIA, A. di (1998). De la fondation par UN à la pratique à plusieurs. *Preliminaire*. Bruxelles, vol. 9-10, nº 1, pp.17-22.
- COOPER, D. (1989) *Psiquiatria e anti-psiquiatria*, 2ª ed. São Paulo: Perspectiva.
- EIDELSZTEIN, A. (2005). *El grafo del deseo*. 2ª ed. Buenos Aires: Letra Viva.
- EQUIPE de ATs do Instituto A Casa (2006). *Textos, texturas e tessituras no acompanhamento terapêutico*. São Paulo: Hucitec.
- FERREIRA, A. B. de H. (1986). *Novo dicionário Aurélio da Língua Portuguesa*. 2ª ed., 35ª reimpressão. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- FRAYZE-PEREIRA, J. A. (1997). Crise e cidade. Por uma poética do acompanhamento terapêutico. In: Equipe de A.T.s de A CASA: *Crise e cidade. Acompanhamento Terapêutico*. São Paulo: Educ.
- FIGUEIREDO, L. C. (1992). *Considerações acerca das matrizes do pensamento psicológico*. Mimeo.
- FREUD, S. ; BREUER, J. (1893). *Señorita Anna O*. Trad.: J. L. Etcheverry. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1980 (edição standard argentina das *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. II).
- _____. (1893). *Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos: comunicación preliminar*. Trad.: J. L. Etcheverry. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1980 (edição standard argentina das *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. II).
- FREUD, S. (1894). *Las neuropsicosis de defensa (Ensayo de una teoría psicológica de la histeria adquirida, de muchas fobias y representaciones obsesivas, y de ciertas psicosis alucinatórias)*. Trad.: J. L. Etcheverry. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1980 (edição standard argentina das *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. III).
- _____. (1895). *Manuscrito H*. Trad.: J. L. Etcheverry. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1980 (edição standard argentina das *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. I).
- _____. (1896). *Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa*. Trad.: J. L. Etcheverry. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1980 (edição standard argentina das *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. III).

- _____. (1896). *La etiología de la histeria*. Trad.: J. L. Etcheverry. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1980 (edição standard argentina das *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. III).
- _____. (1899). *Sobre los recuerdos encubridores*. Trad.: J. L. Etcheverry. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1980 (edição standard argentina das *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. III).
- _____. (1900). *La interpretación de los sueños*. Trad.: J. L. Etcheverry. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1980 (edição standard argentina das *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. V).
- _____. (1901). *Psicopatología de la vida cotidiana*. Trad.: J. L. Etcheverry. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1980 (edição standard argentina das *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. VI).
- _____. (1905). *Fragmento de análisis de un caso de histeria (Dora)*. Trad.: J. L. Etcheverry. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1980 (edição standard argentina das *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. VII).
- _____. (1905). *Sobre psicoterapia*. Trad.: J. L. Etcheverry. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1980 (edição standard argentina das *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. VII).
- _____. (1905). *Tres ensayos de teoría sexual*. Trad.: J. L. Etcheverry. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1980 (edição standard argentina das *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. VII).
- _____. (1908). *Sobre las teorías sexuales infantiles*. Trad.: J. L. Etcheverry. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1980 (edição standard argentina das *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. IX).
- _____. (1909). *Cinco conferencias sobre psicoanálisis*. Trad.: J. L. Etcheverry. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1980 (edição standard argentina das *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. XI).
- _____. (1909). *Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente*. Trad.: J. L. Etcheverry. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1980 (edição standard argentina das *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. XII).
- _____. (1914). *Recordar, repetir y reelaborar*. Trad.: J. L. Etcheverry. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1980 (edição standard argentina das *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. XII).
- _____. (1914). *Puntualizaciones sobre el amor de transferencia*. Trad.: J. L. Etcheverry. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1980 (edição standard argentina das *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. XII).
- _____. (1914). *Tótem y tabú*. Trad.: J. L. Etcheverry. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1980 (edição standard argentina das *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. XIII).
- _____. (1914). *Introducción del narcisismo*. Trad.: J. L. Etcheverry. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1980 (edição standard argentina das *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. XIV).
- _____. (1914). *Pulsiones y destinos de pulsión*. Trad.: J. L. Etcheverry. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1980 (edição standard argentina das *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. XIV).
- _____. (1916). *7ª Conferencia Contenido manifiesto del sueño y pensamientos oníricos latentes*. Trad.: J. L. Etcheverry. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1980 (edição standard argentina das *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. XV).
- _____. (1916). *9ª Conferencia La censura onírica*. Trad.: J. L. Etcheverry. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1980 (edição standard argentina das *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. XV).
- _____. (1916). *11ª Conferencia El trabajo del sueño*. Trad.: J. L. Etcheverry. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1980 (edição standard argentina das *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. XV).
- _____. (1916). *17ª Conferencia El sentido de los síntomas*. Trad.: J. L. Etcheverry. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1980 (edição standard argentina das *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. XVI).
- _____. (1916). *18ª Conferencia La fijación al trauma, lo inconciente*. Trad.: J. L. Etcheverry. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1980 (edição standard argentina das *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. XVI).
- _____. (1916). *26ª Conferencia La teoría de la libido y el narcisismo*. Trad.: J. L. Etcheverry. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1980 (edição standard argentina das *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. XVI).

- _____. (1919). “Pegan a um niño”. *Contribución al conocimiento de la génesis de las perversiones sexuales*. Trad.: J. L. Etcheverry. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1980 (edição standard argentina das *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. XVII).
- _____. (1920). *Más allá del principio de placer*. Trad.: J. L. Etcheverry. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1980 (edição standard argentina das *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. XVIII).
- _____. (1921). *Psicología de las masas y análisis del yo*. Trad.: J. L. Etcheverry. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1980 (edição standard argentina das *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. XVIII).
- _____. (1923). *La organización genital infantil (Una interpolación en la teoría de la sexualidad)*. Trad.: J. L. Etcheverry. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1980 (edição standard argentina das *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. XIX).
- _____. (1923). *El yo y el ello*. Trad.: J. L. Etcheverry. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1980 (edição standard argentina das *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. XIX).
- _____. (1924). *Neurosis y psicosis*. Trad.: J. L. Etcheverry. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1980 (edição standard argentina das *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. XIX).
- _____. (1924). *La pérdida de realidad en la neurosis y la psicosis*. Trad.: J. L. Etcheverry. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1980 (edição standard argentina das *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. XIX).
- _____. (1925). *Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos*. Trad.: J. L. Etcheverry. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1980 (edição standard argentina das *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. XIX).
- _____. (1937). *Construcciones en el análisis*. Trad.: J. L. Etcheverry. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1980 (edição standard argentina das *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. XXIII).
- _____. (1938). *Esquema del psicoanálisis*. Trad.: J. L. Etcheverry. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1980 (edição standard argentina das *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. XXIII).
- FULGÊNCIO Jr., L. P. (1991). “Interpretando a história. Acompanhamento terapêutico de pacientes psicóticos no Hospital-Dia A CASA”. In: Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia A CASA (org.). *A rua como espaço clínico. Acompanhamento Terapêutico*. São Paulo: Escuta.
- GABBI Jr., O. F. (2003). *Notas a projeto de uma psicologia — As origens utilitaristas da psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago.
- GAY, P. (1989). *Freud, uma vida para o nosso tempo*. São Paulo: Companhia das Letras.
- GRANON-LAFONT, J. (1987). *La topología básica de Jacques-Lacan*. Trad.: Irene Agoff. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- GUERRA, A. M. C. e MILAGRES, A. F. (2005). Com quantos paus se faz um acompanhamento terapêutico? Contribuições da psicanálise a essa clínica em construção. *Estilos da Clínica: Revista sobre a infância com problemas*, 19, 60-83.
- HERMANN, M. C. (2001). A clínica do Acompanhamento Terapêutico. *Revista INSIGHT Psicoterapia e Psicanálise*, 11 (116), 26-32.
- _____. (2004). O real na psicose. *Revista Psicologia USP*, 15 (1/2), 279-293.
- _____. (2005). O significante e o real na psicose: ferramentas conceituais para o acompanhamento terapêutico. *Estilos da Clínica: Revista sobre a infância com problemas*, 19, 132-153.
- _____. (2006). Instituições, grupos e seus modos de coordenação: intersecções no campo da saúde mental. *Mudanças – psicologia da saúde*, 14, (1) 32-41.
- IBRAHIM, C. (1991). Do louco à loucura: percurso do auxiliar psiquiátrico no Rio de Janeiro. In: Equipe de A.T.s de A CASA. *A rua como espaço clínico*. São Paulo: Pulsional.
- LACAN, J. (1975). “La Tercera”, Intervenciones y textos: *Manancial*, nº 2, 1988, p. 89.
- _____. (1953). “O simbólico, o imaginário e o real”. Conferência de 8 de julho, mimeo.
- _____. (1953-1954). *O Seminário 1 – Os escritos técnicos de Freud*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1986.
- _____. (1955-1956). *O Seminário 3 – As psicoses*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1985.
- _____. (1956-1957). *O Seminário 4 – A relação de objeto*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1995.
- _____. (1957-1958). *O seminário 5 – As formações do inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1985.

- _____. (1960-1961). *O Seminário 8 – As formações do inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1992.
- _____. (1962-1963). *O Seminário 10 – A angústia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2005.
- _____. (1964). *O Seminário 11 – Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1988.
- _____. (1969-1970). *O Seminário 17 – O avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1992.
- _____. (1973-1974). *O Seminário 20 – Mais, ainda*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1985.
- _____. (1974-1975). *O Seminário 22 – R.S.I.*, mimeo.
- _____. (1975-1976). *O Seminário 23 – O sinthoma*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1985.
- _____. (1973). *Televisão*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1992.
- _____. (1945). O tempo lógico e a asserção de certeza antecipada. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.
- _____. (1953). Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.
- _____. (1955). Variantes do tratamento padrão. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.
- _____. (1957). A instância da letra no inconsciente ou a razão desde de Freud. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.
- _____. (1957-1958). De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.
- _____. (1958). A significação do falo. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.
- _____. (1958). A direção do tratamento e os princípios de seu poder. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.
- _____. (1960). Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.
- _____. (1964). Posição do inconsciente no congresso de Bonneval. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.
- _____. (1969). Nota sobre a criança. In: *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.
- LAPLANCHE, L. (1992). *Novos fundamentos para a psicanálise*, São Paulo: Martins Fontes.
- LOPES, I. C. (1999). Centro de Convivência e Cooperativa: reinventando com arte agenciamentos de vida. In: FERNANDES, M. I. A. et alii. *Fim de século: ainda manicômios?* São Paulo: IPUSP.
- MARX, K. (1844) *Manuscritos econômico-filosóficos de 1844*. Trad.: Jesus Ranieri. São Paulo: SP, Boitempo Editorial, 2004.
- MAUER, S. K. de e RESNIZKY, S. (1987). *Acompanhantes terapêuticos e pacientes psicóticos*, Campinas: Papirus.
- _____. (1988). O papel do acompanhante terapêutico no tratamento de adolescentes psicóticos. In: KALINA, E. et alii. *Tratamento de adolescentes psicóticos*. Rio de Janeiro: Editora Francisco Alves.
- NASIO, J. D. (1993). *Psicossomática – as formações do objeto a*. Trad.: Felipe Leclercq e Miguel Kertzman. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- _____. (1999). *O prazer de ler Freud*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- PALOMBINI, A. de L. (2007). *Vertigens de uma psicanálise a céu aberto: a cidade – contribuições do acompanhamento terapêutico à clínica da reforma psiquiátrica*. Tese de doutorado. Rio de Janeiro: Departamento de Saúde Coletiva, UFRJ.
- PALOMBINI, A. de L. et alii (2004). Acompanhamento terapêutico na rede pública. A clínica em movimento. Porto Alegre: UFRGS.
- PALOMBINI, A. de L., KÁROL, V. C. e BELLOC, M. M. (2005). Acompanhamento terapêutico: vertigens no concreto da cidade. *Estilos da Clínica: Revista sobre a infância com problemas*, 19, 32-59.
- PELBART, P. P. (1993). *A nau do tempo rei – 7 ensaios sobre o tempo na loucura*. Rio de Janeiro: Imago.
- PELEGRINO, H. (1983). *Do pacto edípico ao pacto social*, mimeo.
- PELLICCIOLI, E. et alii (1998). *Cadernos de AT – uma clínica itinerante*. Porto Alegre: Grupo de acompanhamento terapêutico circulação.
- PITIÁ, A. C. de A. e SANTOS, M. A. dos (2005). *Acompanhamento Terapêutico: a construção de uma estratégia clínica*, São Paulo: Vetor.
- POMMIER, G. (1997). *La transferencia en la psicosis*. Buenos Aires: Ediciones Kliné.

- _____. (1998). *O amor ao avesso – Ensaio sobre a transferência em psicanálise*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- PORGE, E. (1998). *Os nomes do pai em Jacques Lacan*, Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- _____. (2006). *Jacques Lacan, um psicanalista*, Brasília: Ed. Universidade de Brasília.
- PORTO, M. e SERENO, D. (1991). Sobre acompanhamento terapêutico. In: Equipe de A.T.s de A CASA: *A rua como espaço clínico*, São Paulo: Pulsional.
- QUINET, A. (1997). *Teoria e clínica da psicose*, Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- _____. (1999). *As 4 +1 condições em análise*. 8ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- _____. (2006). *Psicose e laço social*, Rio de Janeiro: Zahar Editor.
- RABINOVICH, D. (1993). *La angustia y el deseo del otro*. Buenos Aires: Manantial Estudios de Psicoanálisis.
- REIS NETO, R. (1995). *O acompanhante terapêutico: trajetória histórica de uma prática em saúde mental no Rio de Janeiro*. Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro: Departamento de Psicologia, PUC-RJ.
- ROSA, M. D. (2001). O não-dito familiar e a transmissão da história. *PSYCHÊ*, São Paulo, ano 5, n. 8, pp. 123-137.
- ROTELLI, F. (1987). A experiência de desinstitucionalização italiana: o processo de Trieste. In: *Cadernos Polêmicos*, nº 2.
- ROUDINESCO, E. e PLONT, M. (1998). *Dicionário de psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- ROUDINESCO E. (1994). *Jacques Lacan – Esboço de uma vida, história de um sistema de pensamento*. São Paulo: Companhia das letras.
- SAUSSURE, F. (1995). *Curso de lingüística geral*. 17ª ed. São Paulo: Cultrix.
- SCHREBER, D. P. (1995). *Memórias de um doente dos nervos*. Trad. e introd.: Marilene Carone. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- SERENO, D. (1996). *Acompanhamento terapêutico de pacientes psicóticos: uma clínica da cidade*. São Paulo: Dissertação de Mestrado. Departamento de Psicologia Clínica, USP.
- SILVA, L. B. de C. (2001). *Doença mental, psicose, loucura: representações e práticas da equipe multiprofissional de um hospital-dia*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- SIMANKE, R. T. (1994). *A formação da teoria freudiana das psicoses*, São Paulo: Editora 34.
- SOLER, C. (2007). *O inconsciente a céu aberto da psicose*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- VEGH, I. (1994). Escrituras. In: *Topología y psicoanálisis*. Buenos Aires: Escuela Freudiana de Buenos Aires.
- VOLTOLINI, R. (2005). A inclusão é não-toda. In: KUPFER, M. C. M. e COLI, F. (orgs.). *Travessias — Inclusão escolar*. São Paulo: Casa do psicólogo.
- WINNICOT, D. (2000). *Da pediatria à psicanálise*. Porto Alegre: Imago.