



PUC RIO

CLAUDIA SOUZA RAMALHO

**SOBRE O DESENCADEAMENTO DE UMA CRISE PSICÓTICA
E SUAS ABORDAGENS CLÍNICO INSTITUCIONAIS**

TESE DE MESTRADO

Departamento de Psicologia

Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro, Dezembro de 1994

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA
DO RIO DE JANEIRO

Rua Marquês de São Vicente, 225 - Gávea
CEP 22453-900 Rio de Janeiro RJ Brasil
<http://www.puc-rio.br>

N.Chamada: 150 / R165s / TESE UC

Título: Sobre o desencadeamento de uma crise psi



0 0 9 2 7 2 8

Ex: 1-CENTRAL

2334

CLAUDIA SOUZA RAMALHO



**SOBRE O DESENCADEAMENTO DE UMA CRISE PSICÓTICA
E SUAS ABORDAGENS CLÍNICO INSTITUCIONAIS**

Tese apresentada ao Departamento de
Psicologia da PUC/RJ como parte dos
requisitos para obtenção do título de
Mestre em Psicologia.

Orientador: Circe Vital Brasil

Departamento de Psicologia

Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro, Dezembro de 1994



UC-64574-1

150
R1652
TESEUC

Em memória de meu pai, Walter, por todo estímulo e confiança em minha trajetória.
A minha mãe, Diana, por todo estímulo nos momentos mais difíceis.

AGRADECIMENTOS:

À Circe Navarro Vital Brasil, por todo acolhimento, estímulo e confiança no trabalho.

Aos analistas com quem percorri uma grande parte de minha trajetória profissional, Regina Lessa e Francisco Leonel Fernandes.

À Neuza Santos Souza, pelos anos de estudo preciosos.

À José Carlos Souza Lima, pelos momentos de troca e estímulo.

À Paulo Amarante, pela escuta, estímulo e comentários precisos.

À Andrea Reis de Oliveira Santos, pelo extremo cuidado na revisão, e pela amizade sincera.

A todos os amigos que me acompanharam nesse trabalho, Cristiane Ramalho, Dulce Helena Seixas Cardoso, Márcia Baís, Maria Teresa Pereira, Ronaldo da Silveira, Ronaldo Rodrigues da Silva, Regina Taccola.

Aos colegas do Centro de Saúde Carlos Antonio da Silva.

Ao corpo docente da PUC-RIO especialmente Esther Arantes e Maria Euchares Motta.

Às instituições que contribuíram para a realização dessa tese:

PUC
CAPES
HEPq
CSCAS

RÉSUMÉ

Abordant du point de vue clinique et institutionnel le déclenchement d'une crise psychotique, nous essaierons d'indiquer de possibles substituts de l'internement psychiatrique, visant le traitement des patients. Cette perspective théorique renvoie à des auteurs comme Jaspers, Freud, Lacan, Jean Oury et Basaglia, qui étudièrent la psychose en mettant l'accent sur le déclenchement. Freud et Lacan soulignèrent l'importance du délire dans la psychose. Nous soutiendrons que l'intervention psychanalytique auprès des patients devrait être l'objectif de notre pratique. Le point de vue psychanalytique dans le déclenchement de la crise devrait permettre au sujet la structuration d'une métaphore délirante.

Dans une situation de traitement institutionnel notamment au moment de l'internement, nous devrions avoir comme paramètre la question du respect des droits légaux des patients. Le paradigme proposé par Basaglia soutient que la folie serait "une existence-souffrance par rapport au corps social" et il devrait orienter des voies transformatrices dans l'assistance médicale. Les substituts institutionnels comme les hôpitaux de jour, les foyers protégés et les centres de soins psycho-sociaux devraient permettre un environnement propice, créant des "tissus de vie" qui permettraient la production de subjectivités, l'acceptation de différences et le droit de parole au sujet psychotique.

RESUMO

A partir de uma abordagem clínico-institucional sobre o desencadeamento de uma crise psicótica, procuraremos indicar possibilidades alternativas na direção do atendimento desses pacientes.

A abordagem teórica se remete à autores como Jaspers, Freud, Lacan , J.Oury e Basaglia, que estudaram a psicose dando ênfase ao desencadeamento. Freud e Lacan destacam a importância do delírio na psicose. Sustentamos que a intervenção psicanalítica com os pacientes deve estar no horizonte de nossa prática . A abordagem psicanalítica no desencadeamento da crise deve propiciar ao sujeito a estruturação de uma metáfora delirante.

Numa situação de atendimento institucional, devemos ter como parâmetros a questão do respeito aos direitos legais do paciente. O paradigma proposto por Basaglia de “existência-sofrimento em relação com o corpo social” deve orientar caminhos transformadores na assistência. As alternativas institucionais como os hospitais dia, os lares protegidos e os centros de atenção psico-social devem permitir um ambiente propício, criando “tecidos de vida” que permitam a produção de subjetividades, a aceitação de diferenças e palavra plena ao sujeito psicótico.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO 1: UMA ABORDAGEM FENOMENOLÓGICA DAS PSICOSES	
1. A importância da clínica fenomenológica.....	5
2. Os conceitos de processo e desenvolvimento.....	11
3. Uma abordagem psicopatológica do delírio.....	17
4. Caminhando da fenomenologia à psicanálise.....	20
CAPÍTULO 2: UMA VISÃO PSICANALÍTICA DAS PSICOSES	
1. Em busca de um mecanismo na gênese das psicoses.....	27
2. Schreber e mecanismo da paranóia	33
3. Sobre o desencadeamento da psicose em Freud.....	38
4. Uma visada fenomenológica de Lacan.....	49
5. Sobre o desencadeamento e seu mecanismo: a preclusão.....	58
6. A metáfora delirante.....	65
CAPÍTULO 3: ALTERNATIVAS NA ABORDAGEM INSTITUCIONAL	
1. Abordagem institucional: lei e cidadania.....	71
2. Da crise e suas abordagens.....	75
3. A Reforma Italiana e as questões legais.....	79
4. A Formação dos Serviços Territoriais de Saúde Mental.....	87
5. O conceito de empresa social.....	95
6. A psicoterapia institucional francesa.....	100
7. Alternativas no Grande Rio: engenho e arte.....	106
CONCLUSÃO.....	133
BIBLIOGRAFIA.....	137

RÉSUMÉ

Abordant du point de vue clinique et institutionnel le déclenchement d'une crise psychotique, nous essaierons d'indiquer de possibles substituts de l'internement psychiatrique, visant le traitement des patients. Cette perspective théorique renvoie à des auteurs comme Jaspers, Freud, Lacan, Jean Oury et Basaglia, qui étudièrent la psychose en mettant l'accent sur le déclenchement. Freud et Lacan soulignèrent l'importance du délire dans la psychose. Nous soutiendrons que l'intervention psychanalytique auprès des patients devrait être l'objectif de notre pratique. Le point de vue psychanalytique dans le déclenchement de la crise devrait permettre au sujet la structuration d'une métaphore délirante.

Dans une situation de traitement institutionnel notamment au moment de l'internement, nous devrions avoir comme paramètre la question du respect des droits légaux des patients. Le paradigme proposé par Basaglia soutient que la folie serait "une existence-souffrance par rapport au corps social" et il devrait orienter des voies transformatrices dans l'assistance médicale. Les substituts institutionnels comme les hôpitaux de jour, les foyers protégés et les centres de soins psycho-sociaux devraient permettre un environnement propice, créant des "tissus de vie" qui permettraient la production de subjectivités, l'acceptation de différences et le droit de parole au sujet psychotique.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO 1: UMA ABORDAGEM FENOMENOLÓGICA DAS PSICOSES	
1. A importância da clínica fenomenológica.....	5
2. Os conceitos de processo e desenvolvimento.....	11
3. Uma abordagem psicopatológica do delírio.....	17
4. Caminhando da fenomenologia à psicanálise.....	20
CAPÍTULO 2: UMA VISÃO PSICANALÍTICA DAS PSICOSES	
1. Em busca de um mecanismo na gênese das psicoses.....	27
2. Schreber e mecanismo da paranóia	33
3. Sobre o desencadeamento da psicose em Freud.....	38
4. Uma visada fenomenológica de Lacan.....	49
5. Sobre o desencadeamento e seu mecanismo: a preclusão.....	58
6. A metáfora delirante.....	65
CAPÍTULO 3: ALTERNATIVAS NA ABORDAGEM INSTITUCIONAL	
1. Abordagem institucional: lei e cidadania.....	71
2. Da crise e suas abordagens.....	75
3. A Reforma Italiana e as questões legais.....	79
4. A Formação dos Serviços Territoriais de Saúde Mental.....	87
5. O conceito de empresa social.....	95
6. A psicoterapia institucional francesa.....	100
7. Alternativas no Grande Rio: engenho e arte.....	106
CONCLUSÃO.....	133
BIBLIOGRAFIA.....	137

INTRODUÇÃO

A questão que será discutida nessa dissertação está relacionada à nossa experiência prática como médica psiquiatra, inserida em instituições asilares há pelo menos dez anos. A partir de uma reflexão sobre o trabalho institucional, tanto nas clínicas particulares como em hospitais públicos, pude perceber a importância da atenção à clínica da psicose.

À partir da prática diária com pacientes psicóticos e de nosso trabalho como médica residente no Hospital P.Pinel, uma questão, apontada como relevante na época pelo professor E.Portella, tornou-se objeto de meus estudos . Essa questão é a do atendimento diferenciado aos pacientes psicóticos em primeiro surto, e foi ampliada para o estudo do desencadeamento da crise psicótica, buscando um trabalho diferenciado com esses pacientes, como alternativa a uma primeira internação.

Na época da Residência Médica, como trabalhasse nos tres setores do hospital, sendo plantonista semanal na Emergência, atendendo alguns casos na enfermaria e dando consultas ambulatoriais, pude escolher alguns casos de pacientes atendidos em crise, e encaminhá-los ao ambulatório, após uma breve passagem na emergência, evitando uma primeira internação. Como não contávamos com nenhuma abordagem diferenciada de saúde mental, como as existentes atualmente como as oficinas terapêuticas e os centros de atenção psicossocial, nossa abordagem era restrita à atendimentos ambulatoriais diários, se necessários, associada ao

atendimento de terapia ocupacional. Tendo obtido sucesso em alguns casos, conclui pela eficácia desse procedimento em relação as internações sucessivas, que frequentemente levam à cronificação.

No Hepq Jurujuba, realizamos também um trabalho ambulatorial, associado ao Núcleo de Atenção Psicosocial, e atualmente no Centro de Saúde Carlos Antônio da Silva, onde trabalhamos tanto na Oficina Terapêutica, como no ambulatório, atendendo preferencialmente pacientes psicóticos.

A discussão teórica que fundamentará a presente dissertação se detém na escolha de autores que trabalharam com a clínica das psicoses. No primeiro capítulo será discutida a clínica das psicoses pelo ponto de vista fenomenológico, e escolhemos Husserl e Jaspers que são fundamentais no desenvolvimento de um olhar descritivo, da psiquiatria clássica. Nesse momento focalizamos os conceitos de processo e desenvolvimento em Jaspers e a questão principal da psicose que é a formação delirante.

Como uma introdução ao segundo capítulo, uma discussão sobre a intercalação entre fenomenologia e psicanálise se tornou necessária. Escolhi o pensamento de Paul Ricouer, para dizer da possibilidade de relacionar essas duas disciplinas, pois ele trata da descoberta do conceito de inconsciente por Freud como já estando intuída no pensamento fenomenológico, fundamentado na intencionalidade da consciência, que vai mais longe da consciência reflexiva e aponta para a existência do outro.

No segundo capítulo discutiremos a clínica da psicose através de um prisma psicanalítico. Escolhemos para aprofundar essa questão, autores como Freud e Lacan. Freud se deteve principalmente no estudo dos mecanismos da gênese, utilizados na diferenciação entre neurose e psicose, indicando uma direção de tratamento ao falar do delírio como uma “tentativa de cura”. Lacan buscou tanto um estudo da gênese como deu uma importância fundamental à situação do desencadeamento, amplamente estudada em vários textos.

No terceiro e último capítulo estudaremos a situação institucional de atendimento diferenciado aos pacientes psicóticos, e para tanto foram realizadas entrevistas com profissionais que trabalham atualmente em locais que privilegiam esse tipo de atendimento. Escolhemos para as entrevistas quatro profissionais, dentro do Grande Rio. Em Niterói, entrevistamos a coordenadora do NAPS - Núcleo de Atenção Psicossocial de Jurujuba, Tânia Marins; e a coordenadora da Oficina Terapêutica do Centro de Saúde Carlos Antônio da Silva, Maria Luiza da Silva Cunha. No Rio de Janeiro, escolhemos Marco Aurélio Soares Jorge, coordenador da Casa d’Engenho, e Claudia Corbisier, coordenadora da RIP - Recepção Integrada do Hospital P.Pinel.

A discussão teórica que permeia as entrevistas se baseou em autores que trabalham atualmente tanto com a Psicoterapia Institucional Francesa, representada por Jean Oury, como com aqueles da Reforma Psiquiátrica Italiana; Franco Basaglia e mais atualmente Del’Aqua e Rotelli.

Nesse último capítulo privilegiou-se o conceito de crise e suas abordagens diferenciadas. A abordagem privilegia esse conceito no sentido de possibilitar uma desconstrução manicomial através da estruturação de locais diferenciados de atendimento, resgatando a cidadania e o suporte legal dos direitos do paciente psiquiátrico.

CAPÍTULO 1: Uma abordagem fenomenológica das psicoses

A importância da clínica fenomenológica

Neste primeiro capítulo pretendemos discutir a clínica da psicose através de uma vertente fenomenológica e sua intercalação com a psicanálise. A importância do estudo da fenomenologia se fundamenta em algumas questões. Primeiro, permite compreender a história do movimento psiquiátrico e ver que esta perspectiva teórica nasce para a psiquiatria no momento em que a necessidade imediata da investigação científica era a própria distinção e classificação dos fenômenos, visando a compreensão da doença mental. O pioneiro nesse trabalho foi Kraepelin com a sua classificação basicamente descritiva das doenças mentais.

Em segundo lugar, verifica-se que a fenomenologia já apontava para a questão do inconsciente, embora esse conceito possuísse naquele momento um conotação diversa daquelas que dispomos atualmente. Para De Waelhens(1969) este tema não só pode, como deve ser objeto de uma análise intencional fenomenológica e ele diz que “se verdadeiramente, a fenomenologia husserliana é a filosofia que aceita interrogar-se sobre o que é a consciência e questiona que tenhamos dela um saber que repousa sobre uma intuição, em tal caso uma explicitação do que é o inconsciente não pode efetuar-se senão a partir da fenomenologia” (Waelhens,A.D. in Ceriotto, C.L. 1969; p. Fenomenologia e Psicanálise - aproximação fenomenológica a obra de Freud, org. por Ceriotto, C.L.)

Na verdade , na mesma época em que Freud estava formulando o conceito de inconsciente, quando escrevia *Interpretação dos Sonhos*, Husserl escrevia o tratado filosófico *Idéias para uma fenomenologia pura e uma filosofia fenomenológica* e Jaspers o artigo intitulado “Um caminho fenomenológico em Psicopatologia”.

Por último, a leitura fenomenológica de Husserl por Jaspers fundamentou parte da psicopatologia psiquiátrica que interessa não só no sentido de diagnóstico diferencial das doenças mentais, como mais especificamente para nós, na questão levantada por Jaspers ao falar dos conceitos de processo e desenvolvimento.

Para entender o significado da fenomenologia por Jaspers será preciso explicitar algumas de suas formulações básicas ao tratar do desencadeamento da psicose, que ele denomina: fase, processo, desenvolvimento e reação.

Jaspers se detém na relação de compreensão. Para ele compreender é dar um sentido humano às condutas que observamos nos nossos doentes e aos fenômenos que eles nos apresentam. A noção de compreensão é aquilo pelo qual se manifesta a vivência particular dos doentes tal como ela se apresenta a consciência: o que o indivíduo sente.

A captação ou apreensão das vivências do doente é primordial na psicopatologia jaspersiana. O psiquiatra funciona não só como observador, mas também experimentando as vivências, através da representação para si mesmo do que ocorre ao doente. Dessa forma faz o que Husserl chama de redução fenomenológica, mediante a qual exclui ou coloca entre

mundo é visto como correlato da consciência. Não há o em-si, ela se situa ao nível da intencionalidade noética (operação consciente) e do conteúdo noemático (objeto significativo) e a redução constituinte ou produtiva - nela o ego se reconhece como fonte dos fenômenos, como responsável pelo seu sentido, como liberdade.

A consciência, pela sua intencionalidade, mostra que ela é, antes de tudo, consciência de algo ; ela não é inicialmente consciência de si, presença de si e sim inconsciência de si, sentido em ato sobre o sentido tematizado da intencionalidade exercida. É o primado do irrefletido sobre o refletido, do involuntário sobre o voluntário, do invisível sobre o visível.

A fenomenologia se preocupa fundamentalmente em descrever a maneira concreta e original pela qual meu corpo, os outros e o mundo pertencem à minha experiência.

A atitude fenomenológica convida a deixar as coisas aparecerem com as características que se dão nessa transparência, isto é, deixando que as essências se manifestem na transparência dos fenômenos. Ela instaura a atitude de diálogo e acolhimento do outro em suas opiniões, idéias e sentimentos, procurando colocar-se na perspectiva do outro para compreender e ver como o outro vê, sente ou pensa.

Para Jaspers, a Fenomenologia tem “a missão de apresentar de maneira viva, analisar em suas relações de parentesco, delimitar, distinguir de forma mais precisa possível e designar com termos fixos os estados que os pacientes realmente vivenciam” (Jaspers,K.;1913; Psicopatologia Geral ;1970;pg 71).

Através das descrições dos pacientes, do contato pessoal e de sua produção escrita, pode-se chegar a compreensão de suas vivências.

Na fenomenologia, o importante é a visão do que é vivido diretamente pelo paciente, para que se possa reconhecer o que há de idêntico dentro da multiplicidade. É fundamental a descrição dos fenômenos particulares que são encarados isoladamente como, por exemplo, falsas percepções, estados de ânimo, excitações dos instintos e também os estados de consciência que podem alterar os outros fenômenos ou mostram de maneira diferente a sua importância no contexto da vida psíquica.

Jaspers afirma que há em toda vida psíquica desenvolvida um fenômeno originário, irreduzível, de que o sujeito se opõe aos objetos, de que o eu se sente dirigido a conteúdos. Há uma consciência do objeto e uma consciência do eu. Fazendo essa distinção pode-se descrever estruturas anormais, percepções alteradas, ilusões - e a seguir, investigar os modos de alteração da consciência do eu. O movimento de apreender algo externo mantém juntos a consciência do eu e a consciência do outro. O que se vivencia diretamente é uma totalidade de referências articuladas entre si com a finalidade de descrever os fenômenos.

Essa totalidade de referências se funda sempre nos modos de vivência do espaço e tempo, da consciência do corpo e da realidade. Estrutura-se ainda através da oposição de estado emocional e impulso. Todos esses momentos se estruturam, por sua vez, em si mesmos.

Jaspers distingue também os fenômenos mediatos dos imediatos. Todo fenômeno tem o caráter de ser vivenciado diretamente, porém é fundamental para a alma transcender o imediato pelo pensamento e pela vontade.

O fenômeno originário que possibilita pensar e querer é denominado reflexibilidade: o voltar-se da vivência sobre si mesma. Assim se originam os fenômenos mediatos e toda vida humana é perpassada de reflexibilidade.

Os fenômenos, em parte, devem ser descritos de maneira determinada e delimitável, para que em diversos casos possam ser reconhecidos de forma idêntica. O isolamento torna-os mais puros do que o são na realidade.

Nas suas descrições aparece uma multiplicidade de formas. Deve-se distinguir a forma do conteúdo sempre variável, as percepções, representações, juízos, sentimentos, impulsos, consciência do eu. Do ponto de vista fenomenológico, as formas são mais importantes que os conteúdos. Mas os conteúdos modificam também o modo como os fenômenos são vividos. São eles que conferem peso aos fenômenos na totalidade da vida psíquica e dão sentido à sua interpretação e auto-apreensão, sendo essenciais à psicologia compreensiva.

Os conceitos de processo e desenvolvimento em Jaspers:

A questão principal nessa dissertação consiste nos conceitos de processo e desenvolvimento. Jaspers dizia que essa era a questão psicopatológica fundamental: “desenvolvimento da personalidade ou processo?”

Ele afirmava também que a questão processo-desenvolvimento vem a ser a versão psicopatológica do problema corpo-alma. Denomina os quatro momentos do desencadeamento da psicose de: fase, processo, desenvolvimento e reação. A fase se dá quando surge alguma coisa nova alterando a vida psíquica, indo contra o desenvolvimento existencial que até então se verificou. São alterações endógenas da vida psíquica ou que aparecem por motivação ocasional de espécie inadequada, “desencadeadas”, que duram desde semanas até meses ou anos, mas depois desaparecem sendo o estado anterior restabelecido.

No processo há uma alteração permanente da vida psíquica, uma variação, transformação e distorsão singular da personalidade, que cria novo estado, de progressão contínua, que pode passar ao “estado terminal”.

O processo é, então, definido como a interrupção da continuidade compreensível no desenvolvimento da personalidade. Podemos classificá-lo em orgânico e psíquico.

O conceito de processo orgânico está ancorado no modelo médico. Da mesma forma que uma doença corporal de evolução prolongada, o processo orgânico afeta o cérebro e a desintegração da personalidade é o seu epifenômeno.

Já no processo psíquico não há causa orgânica conhecida e a característica básica é a transformação psicologicamente incompreensível da personalidade. Seu início pode ser gradual ou súbito e tumultuoso, sendo chamado de broto no período agudo. A transformação psíquica que ocorre tem caráter persistente, quase sempre irreversível. É o que o diferencia da fase, onde a transformação psíquica, também incompreensível, tem lugar de forma passageira, e o doente se recupera .

Em relação à aplicação nosológica destes conceitos obtêm-se as seguintes equivalências: o desenvolvimento anormal se dá nas personalidades psicopáticas e algumas neuroses; o processo cerebral, nas desestruturas orgânicas da personalidade e nas síndromes demenciais; o processo psíquico nas esquizofrenias nucleares e malignas; a fase nas psicoses ciclotímicas e o broto nas esquizofrenias agudas processuais.

Jaspers dá importância também às crises que estariam classificadas dentro das relações compreensíveis da personalidade. Este termo, além de significar uma “alteração patológica de duração breve”, tem outros três significados no âmbito da clínica e da psicologia: a) momento de uma doença caracterizado por uma mudança súbita e importante, para o bem ou para o mal, isto é, melhora ou piora súbita e importante; b) ruptura de equilíbrio ou da estabilidade dos indivíduos e das situações - e assim se fala de crise biológica, de crescimento, de maturação, de puberdade, crise moral, religiosa, econômica, etc; c) término súbito da doença, que na tradição hipocrático-galênica se opunha à lisis (término da

doença lento e paulatino). Em qualquer caso, a crise tem um caráter espetacular e dramático e não há o risco de passar inadvertida.

Em psiquiatria, as modalidades de crise mais importantes são as seguintes: crise de conversão ou histérica, epiléptica, de angústia, depressiva, de cólera, maníaca, de agitação, de estupor, de mutismo, de sono, sonambúlica e de onirismo.

Bolzinger e outros (1970) assinalam que a crise patológica assume uma dupla função: algumas vezes se caracteriza pela redução ou dissolução passageira das estruturas da personalidade, outras, pela manifestação de estruturas psíquicas até então desconhecidas ou inéditas. A ação das crises se inscreveria em termos de saúde como uma estruturação ou desestruturação, quer dizer, como uma epifania ou um cataclisma.

Jaspers após 1942, fez algumas mudanças em sua primeira concepção dos conceitos de processo e desenvolvimento. Primeiro, define o núcleo biológico da biografia humana normal como um processo biológico, um "biologischer process". Um novo conceito de processo psíquico é levemente insinuado e ele analisa de forma ainda mais explícita, problemas clínicos difíceis sobre a alternativa: processo ou desenvolvimento. E finalmente mostra que o quadro neurótico é inacessível em sua plenitude à compreensão psicológica.

Em 1953, analisa o curso da vida humana para clarificar o caráter especial da evolução do acontecer mórbido. Para isso, trabalha com o material biográfico. Distingue como categorias biográficas fundamentais: o processo biológico ou curso biológico da vida; o desenvolvimento histórico-vital ou história interna da vida psíquica; os rendimentos e obras

pelas quais a vida se expressa objetivamente e o desenvolvimento espiritual concebido como movimento dialético em que a existência humana, através de elementos contrapostos, avança por meio de sínteses, decisões e compromissos.

No período entre 1928 e 1953, Jaspers apresenta uma mudança na sua concepção dos conceitos de processo e desenvolvimento. Ele passa a admitir que para além da questão histórico-vital implícita no processo, há uma alteração biológica. Afirma que na forma temporal do homem, como na de todo ser vivo, há uma transformação no sentido de um processo biológico; o desenvolvimento histórico do homem é um paulatino crescimento e maturação, havendo também as transformações críticas; a aparição repentina do novo e a realização de grandes oscilações ou saltos: o acontecer biológico se mostra como a consequência da idade e se manifesta pelos cursos típicos dos acessos, as fases e os processos.

O processo psíquico seria a transformação da unidade da personalidade. A perda do caráter unitário de uma vida que é segmentada em duas partes por um desgarramento, indica que se iniciou um processo no acontecer biológico que altera a vida psíquica de modo incurável e irreversível.

Jaspers coloca uma questão diagnóstica importante quando nos fala que existem certos pacientes que não permitem uma diferenciação objetiva entre processo e desenvolvimento. Entre eles, os quadros paranóides legítimos, a neurose obsessivo-compulsiva e certas psicoses atípicas com negativismo.

Em 1928, Jaspers falava dessa dificuldade em alguns casos particulares. É assim que certos sujeitos apresentam durante toda sua vida os sinais de um desenvolvimento da normalidade enquanto, em alguns traços se reconhece a existência de um débil processo, que põe no conjunto uma nota mórbida. Esses casos não são tão raros e a nenhum resultado se chega pelas discussões que têm por objeto discernir se se trata de um processo ou de um desenvolvimento regular das disposições individuais.

Nesse sentido, ocorre certa dificuldade na diferenciação entre as neuroses obsessivas e as psicoses. Segundo Jaspers ainda que haja uma diferença radical (entre o processo e a neurose nuclear) a qual é acessível à intuição do todo, é muito difícil definir o que chamamos processo, em oposição ao desenvolvimento de uma personalidade; para isso a doença teria que realizar-se no núcleo da existência ("Kern des Dasein") em lugar de crescer desde a sintomatologia particular. Ele entende que a psicose estaria separada da neurose por um abismo.

Essa questão que remete à diferença estrutural entre neurose e psicose será posteriormente estudada mais detalhadamente, quando se verá em Freud uma primeira tentativa de encontrar um mecanismo específico que pudesse nos dizer da particularidade da estrutura psicótica.

Jaspers preocupou-se com esta diferença, porém busca uma explicação de base organicista, biológica, sendo essa a questão que fundamenta o estudo da fenomenologia naquela época.

Para K.Schneider, as características do processo psíquico à luz da psicopatologia são: a forma anômala da vivência, o desgarramento da continuidade de sentido da vida e a quebra da ordenação estrutural da mesma.

Já para Binswanger, estaria alterada a trama histórico-vital, que seria o conjunto de formas e temas vivenciais ordenados de uma forma psíquica global. O processo seria então, uma mudança radical na trama histórico-vital ou na ordenação empírica do mundo, que se caracteriza pela redução das possibilidades de auto-realização e de referências mundanas e que tem evolução progressiva e parcialmente irreversível. Essas características aparecem de formas diferentes nos processos psíquico e orgânico.

A mudança na trama histórico-vital ocorre por uma desintegração no processo orgânico e por uma transformação qualitativa no processo psíquico.

Este se manifesta por uma inflexão na trama da vida. Esta transformação tem uma vertente negativa: o estreitamento das possibilidades de auto-realização, e uma vertente positiva - a construção de um mundo autístico, centrado na subjetividade.

A questão da positividade do desencadeamento da psicose também é vista por Freud quando, em 1923, ele fala do delírio como “uma tentativa de cura ou reconstrução” ao interrogar a diferença entre neurose e psicose. Ele conclui esse texto com uma interrogação a respeito do possível mecanismo estrutural da psicose, que será mais tarde retomado por Lacan com seu conceito de preclusão.

Para explicar o delírio, Jaspers (1913) analisa primeiro a relação entre personalidade e psicose quando diz “dependentes do ambiente, do destino vital e de vivências especiais, se modificam as personalidades de maneira profunda, sem que se possa dar à idade outro papel senão o de uma condição prévia. A estas alterações que nascem de vivências de influência recíproca chamamos “desenvolvimentos de uma personalidade”.

Esse desenvolvimento pode ser patológico e acentuar as características do indivíduo. Assim, por exemplo, do ciumento se desenvolve um delírio celotípico, do pendenciador um querelante, do desconfiado um indivíduo com idéias delirantes persecutórias.

O desenvolvimento da personalidade surge compreensivelmente da personalidade originária. Trata-se de uma “hipertrofia do caráter”. Existe um vínculo entre um tipo sensitivo de caráter e uma transformação paranóica das vivências (delírio sensitivo de auto-referência de Kretschmer).

Uma abordagem psicopatológica do delírio:

A questão do delírio foi amplamente estudada por Jaspers que o vê como fenômeno fundamental da loucura. Para bem caracterizá-lo ele estabelece como principais: a perda da consciência do ser e da existência - que alteram a consciência do eu; e também uma transformação na consciência global da realidade - no juízo de realidade. O delírio se comunica em juízo, só onde se pensa e se julga pode nascer um delírio. As idéias delirantes são juízos falsos sobre a realidade que possuem em algum grau os seguintes caracteres

externos: 1) convicção extraordinária; 2) impossibilidade de ser influenciada pela experiência
3) impossibilidade de conteúdo.

Em relação à origem do delírio deve-se distinguir duas classes: uns se originaram de modo compreensível para nós: de afetos, vivências afetivas, de percepções falsas ou de vivências de alheamento do mundo da percepção, em alterações de consciência. Nesse caso trata-se de idéias deliróides. Quando não são compreensíveis psicologicamente trata-se de idéias delirantes. A idéia delirante verdadeira seria incorrigível e o paciente persiste em seu juízo falso da realidade. Existem algumas teorias sobre a origem das idéias delirantes e para Westphal há uma alteração da própria personalidade, por exemplo, do delírio de ser notado nasce o de ser observado e deste o de ser perseguido.

Há também outra hipótese que diz da existência de uma vivência delirante fenomenologicamente específica, neste caso haveria uma vivência delirante primária. O paciente sente um pressentimento, há algo estranho no ar, tudo tem uma significação. Quando dessa disposição delirante nasce uma idéia determinada é um alívio para o paciente. O sentido psicológico dessa vivência delirante pode ser visto em novas significações no mundo ambiente e todo pensamento é pensamento de significações.

Quando se distingue o material sensível em que se experimentam as significações pode-se falar de percepções delirantes, cognições delirantes, etc. As percepções delirantes vão desde vivências de significação imprecisa até claros delírios de observação e auto-referência. As representações delirantes surgem sob a forma de novas colorações e novas significações

das recordações da vida e as cognições delirantes aparecem frequentemente nas psicoses agudas, nas quais os pacientes possuem conhecimento de acontecimentos mundiais gigantescos, sem terem, ao menos vestígio da clara intuição sensível desses fatos.

A convicção delirante é comum a todos esses tipos de vivências e o delírio autêntico é incorrigível devido a uma modificação da personalidade, cuja essência não podemos descrever nem formular conceitualmente, mas devemos pressupor.

Essa descrição das formas de apresentação do delírio por Jaspers é importante na fundamentação da hipótese da dissertação pois ele nos diz também que a correção de um delírio paranóico pode significar para o sujeito um desmoronamento em seu próprio ser. O homem não pode crer no que eliminaria sua própria existência. Freud também se coloca nessa linha, pois logo no início de seus estudos, em 1895 nos diz a propósito da paranóia “em todos os casos a idéia delirante é sustentada com a mesma energia com que uma outra idéia, intoleravelmente penosa é afastada do ego. Assim, essas pessoas amam seus delírios como amam a si mesmas”. (Freud, S.; 1895; Rascunho H; Obras Completas, pgg 289).

Freud desenvolverá mais essa idéia, em 1924, nas Neuropsicoses de Defesa, quando tratará do delírio como uma “tentativa de cura ou reconstrução”. Essa questão será amplamente discutida posteriormente, quando nos aprofundarmos, no segundo capítulo da questão das psicoses em Freud e Lacan, principalmente em relação ao tema principal da dissertação, da possibilidade da constituição de uma metáfora delirante, pelo paciente que nos vêm com uma demanda inicial de atendimento.

Antes de nos remetermos a abordagem psicanalítica das psicoses, vamos discutir a intercalação entre fenomenologia e psicanálise, através de algumas observações sobre os pressupostos teóricos básicos dessas disciplinas, principalmente relacionada ao salto epistemológico alcançado por Freud, ao colocar em primeiro plano o conceito de inconsciente, promovendo toda uma nova visão sobre o homem, que passa então a estar à mercê desse desconhecimento sobre si, do involuntário, enfim do seu próprio desejo. Esse deslocamento de uma centralidade calcada na consciência cartesiana, no Cogito, no “penso, logo existo”, até o descentramento radical promovido pelo conceito de inconsciente será discutido a seguir.

Caminhando da fenomenologia à psicanálise:

Introduzir uma discussão que permeie esses campos tão distintos, é tentar dar conta a princípio da problemática mais fundamental do homem, em relação ao seu papel de ser no mundo. A partir de Descartes, de uma discussão sobre o Cogito cartesiano, Ricoeur (1969) nos fala de uma possibilidade de reconquista total desse conceito, que abarcaria o voluntário e o involuntário, envolvendo o “eu desejo”, “eu posso”, “eu vivo”, e a existência como corpo. Nesse Cogito integral, o corpo se revela como sujeito. Existe nesse momento uma dupla semiologia, em direção ao Cogito e na direção empírica, e o inconsciente é tomado pelo fenomenólogo como “realidade diagnosticada”. (Ceriotto, C.L.; 1969; Fenomenologia y Psicoanálisis - Aproximación fenomenológica a la obra de Freud pg 149). Ou seja, através da

descrição dos fenômenos, da apreensão do vivido, chega-se a diagnosticar aquilo que seria, de outra forma, inacessível à consciência.

Freud deu um salto epistemológico ao descrever o conceito de inconsciente, e para Ricoeur, a aproximação entre a fenomenologia e o pensamento freudiano estão ligados à causalidade psíquica. Ele afirma que “se abandono o ponto de vista das intenções do sujeito, se se trata esses fenômenos como objetos e se os aborda desde um ponto de vista causal, é possível ver nêles signos, efeitos, reveladores de certas tendências afetivas ocultas. O método psicanalítico consiste então em acumular os índices que por sua convergência conduzem até a causa oculta.” (ibid, pg 153). Porém essa causalidade é para Freud apenas uma ferramenta de trabalho que permite chegar a formulação do conceito de inconsciente.

Outra indicação importante de Ricoeur, diz respeito à articulação da chegada ao inconsciente, através do tratamento analítico, da cura analítica, quando a recordação dos eventos que fazem parte da história do sujeito emergem até a consciência, ele diz “a psicanálise não é uma negação da consciência, é pelo contrário, um meio de estender o campo da consciência de uma vontade possível por meio da dissolução de contrações afetivas.” (ibid, pg 156) A interpretação reforça o caráter intersubjetivo da relação analítica. Outra indicação da importância da interpretação fenomenológica da psicanálise é a de que a liberação desse material reprimido, que ocorre na análise é uma garantia de que o inconsciente não é uma construção mítica.

Ricoeur aponta como importante a questão do descentramento proposta pela psicanálise, quando retira da consciência o papel de centro do homem, que passa a estar a

mercê desse involuntário absoluto. Esse descentramento do sujeito é explicado por Freud, quando ele fala das “feridas narcísicas”, produzidas pelas idéias de Copérnico e Darwin - o homem deixa de ser o centro do universo com Copérnico; com Darwin, sua auto-imagem é abalada, pois o homem fica à mercê do biológico ; e com Freud e o conceito de inconsciente, o eu deixa de ser “senhor em sua própria casa” fazendo com que toda a pretensão de superioridade do homem moderno caia por terra. Esse descentramento do sujeito é a pedra de toque da psicanálise, de onde parte o conceito príncipes do inconsciente freudiano.

Um enfoque importante dado por Ricoeur à respeito da validação do conceito de inconsciente, diz respeito ao sentido da cura psicanalítica, onde, através da reintegração à consciência da recordação traumática, possibilita-se ao paciente uma direção de tratamento e isso só é possível porque não há determinismo na psicanálise. Na intersubjetividade da relação analítica é que ocorre uma possibilidade da produção desse outro sujeito, e Ricoeur diz “o analista é o que ajuda a dar à luz a liberdade, auxiliando o doente a formar o pensamento que convém a seu mal; desata a consciência e lhe devolve sua fluidez, a psicanálise é uma cura pelo espírito; o verdadeiro analista não é o déspota da consciência enferma, senão o servidor de uma liberdade que há de restaurar.” (Ricoeur, ibid , pg 166). E nesse momento aponta para uma possibilidade ética ao devolver à consciência enferma sua liberdade.

A questão epistemológica se relaciona em Freud a um equívoco fundamental da psicanálise pois como diz De Waelhens “os escritos de Freud se apresentam à primeira vista como um discurso misto, até ambíguo, que já enuncia conflitos de força da jurisdição de uma energética, já relações de sentido da jurisdição de uma hermenêutica. Gostaria de mostrar que

essa ambiguidade aparente está bem fundada, que esse discurso misto é a razão de ser da psicanálise.” (ibid, pg 17)

Uma outra questão epistemológica se refere à evidência da psicanálise não ser uma ciência positivista, não ser uma ciência de fatos, e sim que a interpretação analítica se dá no registro da linguagem, sendo importante não o fato em si, mas o sentido que esse fato tomou na história do sujeito. A experiência analítica se localiza no campo da palavra e através dos fenômenos da linguagem como nos chistes, atos falhos, em relação à neurose ou nos neologismos, aliteraões e delírios, como ocorrem na psicose - onde se dá o deciframento da palavra do sujeito em análise.

É importante frisar que a interação entre os saberes da fenomenologia e da psicanálise - aquilo que proporciona uma interseção entre esses campos - ocorre no momento em que a palavra do paciente passa a ter valor além da compreensão fenomenológica, atenta ao sentido produzido, quando percebe-se que essa mesma compreensão é falaciosa, e valoriza-se a produção delirante como uma verdade histórica sobre o sujeito, que deve ser construída em análise. Freud indica que seria vão convencer o doente sobre o desvario de seu delírio, sua contradição com a realidade objetiva. O trabalho na análise deveria se dirigir no sentido de liberar o fragmento de verdade histórico-vivencial de suas desfigurações e ressitua-lo nos pontos do passado aos quais pertence.

Em outros pontos fundamentais a psicanálise se aproxima da fenomenologia, eles são descritos por Ricoeur como os seguintes Em primeiro lugar a retirada da consciência imediata como origem e lugar do sentido. Isso se dá através de um conceito fundamental em

fenomenologia que é o de “redução fenomenológica” proposta por Husserl em que ocorre uma suspensão da crença em uma consciência reflexiva - deve-se colocar entre parênteses o mundo para apreê-lo. Ocorre então uma diferença em relação ao conceito cartesiano de consciência imediata e nessa subversão do Cogito, já existe um primeiro vislumbre do inconsciente para Ricoeur “ o primeiro inconsciente que a fenomenologia revela é o do implícito, do co-apontado.” (Ceriotto, ibid, pg 176).

Em relação à intencionalidade da consciência, aparece um inconsciente enquanto irrefletido, isto é válido para a intencionalidade temática, como para a intencionalidade em exercício, que nos mostra a impossibilidade de uma reflexão total e a finitude do saber sobre nós mesmos e que o “co- implicado” não pode aceder à transparência da consciência em razão da textura do ato de consciência, a saber a insciência de si da intencionalidade em exercício. Neste momento parece que alguma coisa aponta ao inconsciente freudiano.

Outro ponto de interseção importante entre Husserl e Freud, é o resgate histórico; ele nos diz “tudo que já é conhecido remete a um originário entrar em conhecimento disso” e nessa orientação regressiva há uma aproximação à Freud, com a questão proposta por ele em Construções em Análise (1938) de que se deve reconstituir a história do paciente para através da rememoração, encontrar o fio condutor que nos leva em direção à cura, através de uma emergência consciente do reprimido. Para Husserl “o ego se constitui para si mesmo, para dizê-lo assim, na unidade de uma história”. (Cerioto, ibid).

A intencionalidade da consciência também permite uma aproximação à obra freudiana através da linguagem e da intersubjetividade. Podemos separar o sujeito cognoscente - os atos

temáticos de doação de sentido, de uma subjetividade como referência vivida, passamos a um sentido proferido, que se repete no caso da linguagem. Ricoeur exemplifica essa instauração de um “dizer” antes da estruturação da linguagem, pelo jogo dialético de presença/ausência da mãe colocado em Freud quando ele fala do jogo de “fort-da” da criança em “Mais Além do Princípio do Prazer”.

A intersubjetividade designa, para o fenomenólogo, um nível transcendental, à priori, e que funda a objetividade. Na relação analítica, essa mesma intersubjetividade é fundamental como técnica que permite a interpretação, essa técnica apresenta uma vertente tripla, que se dá no trabalho do analista, no trabalho do analisado e no trabalho que é o mecanismo das neuroses. A hermenêutica, que é a arte de interpretar, está subordinada à técnica propriamente dita. Nesse momento a diferença entre fenomenologia e psicanálise é bem marcada, pois promove-se com a técnica analítica uma situação transferencial, o que não ocorre na psiquiatria clássica em que se utiliza o método fenomenológico.

Em relação à abordagem psicanalítica das psicoses, nos remeteremos no próximo capítulo à Freud e Lacan, ambos autores que se debruçaram sobre essa questão. O tema da dissertação, o desencadeamento da psicose, será colocado em primeiro plano, e a questão do mecanismo que diferencia as duas patologias, assim como uma direção no tratamento analítico das psicoses será evidenciado.

CAPÍTULO 2: Uma visão psicanalítica das psicoses

“ Se atirmos ao chão um cristal, ele se parte, mas não em pedaços ao acaso. Ele se desfaz, segundo linhas de clivagem, em fragmentos cujos limites, embora fossem invisíveis, estavam predeterminados pela estrutura do cristal. Os doentes mentais são estruturas divididas e partidas do mesmo tipo. Nem nós mesmos podemos esconder-lhes um pouco desse temor reverente que os povos do passado sentiam pelo insano. Eles, esses pacientes, afastaram-se da realidade externa, mas conhecem mais da realidade interna, psíquica, e podem revelar-nos coisas que de outro modo nos seriam inacessíveis”. (Freud, 1933; A dissecção da personalidade psíquica; pg 77; vol XXII; Obras Completas).

Em busca de um mecanismo na gênese das psicoses

Neste segundo capítulo pretendo abordar a clínica da psicose através de um prisma psicanalítico buscando dizer da questão estrutural como formulada por Freud e atualmente por Lacan, dando ênfase a questão que nos interessa mais especificamente - o desencadeamento de uma crise psicótica.

Essa questão do desencadeamento foi abordada por Lacan, que privilegiou em alguns textos uma discussão sobre esse tema, propondo uma escuta singular sobre a psicose. A clínica psiquiátrica clássica encara a crise psicótica sob um prisma fenomenológico, descritivo, importante como uma via possível de encaminhamento de situações que chegam com frequência aos profissionais que lidam com uma demanda institucional de pacientes. Porém a clínica psiquiátrica, embasada na fenomenologia, se esgota em uma superfície quase intransponível, se não utilizarmos os recursos da psicanálise, que têm na relação transferencial com os pacientes um de seus pilares no caminho de uma prática.

A partir disso resta saber se é possível uma clínica psicanalítica das psicoses e se em uma situação de crise, de desencadeamento da psicose, algo mais pode ser utilizado como instrumento na direção de uma escuta aos psicóticos. Esse algo mais é a tarefa do analista envolvido neste trabalho de deciframento.

Para iniciar essa tarefa de discutir uma prática clínica da psicose, privilegiando esse momento revelador do desencadeamento, vamos percorrer os textos de Freud e Lacan, na

busca de uma resposta que possa nos dizer do mecanismo que marca a diferença entre neurose e psicose, e também, principalmente com Lacan uma escuta mais atenta ao desabrochar da crise psicótica.

Freud logo no início em “Neuropsicoses de defesa” (1894) nos fala tanto da neurose como da psicose como estruturas de defesa, sendo que na neurose a defesa contra a idéia incompatível ocorre separando-a de seu afeto - o que ocasiona o sintoma através da liberação de catexia; enquanto na psicose a defesa é como ele nos diz “muito mais poderosa e bem sucedida”, “o ego rejeita a idéia incompatível juntamente com seu afeto e comporta-se como se a idéia jamais lhe tivesse ocorrido. Mas a partir do momento em que o tenha conseguido, o sujeito encontra-se numa psicose, que só pode ser qualificada como confusão alucinatória” (Freud,S.; 1894; Obras Completas; vol III; Imago Editora; 1969; pg 71). Freud nesse momento aponta para um possível mecanismo, semelhante à defesa neurótica, porém mais poderosa na gênese das psicoses.

Para ilustrar um caso de “confusão alucinatória”, muito semelhante ao relatado por Freud - aquele da paciente rejeitada pelo amado a quem aguarda todas as noites, vivendo um “sonho feliz” por algum tempo ; relatarei o caso de uma paciente jovem que ao viver seu primeiro amor, é rejeitada pelo amado, que após cortejá-la algum tempo, se enamora e casa-se com outra. Ela passa a viver um delírio persecutório, com características erotomaníacas, em que vê o namorado por toda parte; até em livros de estudo ele lhe aparece - à cores e acompanhado da atual companheira, perseguindo-a na escola. Nesse caso específico não

existe uma “confusão alucinatória”, porém ocorre que a causa precipitante do desencadeamento da psicose é facilmente localizada nessa situação de ter sido rejeitada pelo amado e no desenvolvimento de um delírio persecutório compensatório.

Em relação ao desencadeamento de uma psicose alucinatória deste tipo, Freud enfatiza que na psicose, ao contrário do mecanismo de defesa neurótica (repressão), ocorre uma exacerbação da idéia que deveria ter sido reprimida. No caso relatado acima a idéia de não ser amada, é rejeitada pela paciente e ocorre uma exacerbação da idéia contrária, levando ao desencadeamento da doença. O ego se defende da idéia incompatível através de uma “fuga para a psicose”. Ocorre então que à medida que o ego se afasta da idéia incompatível, há um afastamento da realidade, já que ambas estão necessariamente interligadas. Por esse motivo, essa seria “a condição sob a qual as idéias do sujeito recebem a vividez das alucinações; assim, quando a defesa consegue ser levada a cabo, ele se encontra num estado de confusão alucinatória “. (ibid;pg 72). Nesse momento do texto freudiano a causa precipitante da psicose, está associada ao afastamento da realidade, e o uso que é feito do termo “confusão alucinatória” revela uma miscigenação conceitual entre delírio e alucinação.

Na explicação freudiana sobre a especificidade da psicose o conceito de projeção ganha um lugar de destaque. Nas “Novas observações sobre as neuropsicoses de defesa “(1896) o mecanismo da projeção na paranóia aparece pela primeira vez. Freud compara a paranóia com a neurose obsessiva, para dizer que em ambas é a repressão o núcleo do mecanismo psíquico. Enquanto na neurose obsessiva a auto-acusação inicial é reprimida pela

formação de um sintoma primário de defesa como a autodesconfiança, que origina os sintomas obsessivos, na paranóia a auto-acusação é reprimida por um processo descrito como projeção. O sintoma que se estabelece é a desconfiança e o sujeito desconhece as auto-acusações que retornam sob a forma de idéias delirantes.

Outro sintoma na paranóia também ocasionado pelo retorno do reprimido é o sintoma alucinatório, pode aparecer através de imagens visuais, quando se aproxima da natureza da histeria, porém a diferença é que a imagem que retorna é uma imagem nova no lugar da antiga, que foi reprimida. Freud nesse texto indica uma peculiaridade da paranóia que seria o fato das “auto-acusações reprimidas retornarem sob a forma de pensamentos ditos em voz alta, que são submetidos a uma dupla distorsão; estão sujeitos a uma censura, que os leva ou a ser substituídos por outros pensamentos ou ocultados por um modo de expressão indefinida, sendo referidos à experiências recentes que não são mais que análogas às antigas”. (Freud, S.; 1896; Obras Completas; vol III; Imago Editora; 1969; pg 211).

Esse mecanismo foi mais bem definido logo após, no Rascunho K (1896) quando Freud traça uma comparação entre histeria, neurose obsessiva e paranóia. Freud propõe um paralelismo entre afetos e alterações patológicas; relacionando as patologias a formas afetivas anormais que podem ser de conflito (histeria), de autocensura (neurose obsessiva), de mortificação (paranóia), de luto (confusão mental alucinatória aguda).

Para cada causa precipitante do desencadeamento existiria uma patologia correspondente. Nesse momento é lançada a possibilidade do desencadeamento estar

relacionado à questão do retorno narcísico na psicose. As patologias “ocorrem sujeitas às mesmas causas precipitantes dos seus protótipos afetivos, contanto que a causa precipitante preencha duas condições a mais - seja de natureza sexual e que ocorra durante o período anterior à maturidade sexual (as condições de sexualidade e infantilismo).”(Freud,S. ; 1896; Obras Completas, vol I; Imago Editora; 1969).

Para o desencadeamento da neurose, Freud propõe pela primeira vez uma “fórmula-padrão”:(1) a experiência sexual (ou a série de experiências) que é traumática e prematura e deve ser reprimida, (2) sua repressão, em alguma ocasião subsequente, que desperta a lembrança correspondente; ao mesmo tempo, a formação de um sintoma primário. (3) Um estágio de defesa bem sucedida, que é equivalente à saúde, exceto quanto à existência do sintoma primário. (4) O estágio em que as idéias reprimidas retornam e em que, durante a luta entre elas e o ego, se formam novos sintomas, que são os da doença propriamente dita: isto é, uma fase de ajustamento, de estar dominado, ou de recuperação com uma malformação.” (pg 303).

Discorrendo sobre a paranóia, nos diz que nesse caso a experiência primária parece ser semelhante à da neurose obsessiva. E a repressão ocorre depois que a lembrança causou desprazer, não se sabe como. Porém, não se forma a autocensura, nem é reprimida, e o desprazer gerado é atribuído a pessoas que, de algum modo, se relacionam ao paciente, segundo a fórmula da projeção. O sintoma primário formado é a desconfiança (suscetibilidade a outras pessoas). A pessoa se recusa a crer na autocensura.

Existem duas formas de apresentação sintomática, conforme o caso: (1) se apenas o afeto é reprimido por projeção, ou se (2) junto com o afeto, também o conteúdo da experiência é reprimido. Freud nos dá então uma explicação para as alucinações e diz que quando o conteúdo da experiência retorna sob a forma de pensamento, ocorre uma alucinação visual ou sensorial. O afeto reprimido parece retornar invariavelmente nas alucinações auditivas.

Essas lembranças que retornam, sofrem uma distorsão cronológica. As vozes, lembram a autocensura - como sintoma conciliatório - aparecem distorcidas num tom indefinido e transformado em ameaça e estão relacionadas não com a experiência primária, mas com o sintoma primário - a desconfiança.

Em relação aos delírios, seriam formados pela crença que foi separada da autocensura. Esses são sintomas conciliatórios, sintomas de uma modificação do ego, do fato dêle haver sido dominado. Nesse caso, podem se formar tanto a melancolia - senso de aniquilação do ego - ou o que é mais grave e frequente, os delírios protetores (megalomania), até o ego estar completamente remodelado.

Nesse momento para Freud, o mecanismo básico da paranóia é a projeção, que envolve a recusa da crença na autocensura. A complexidade desse mecanismo talvez possa explicar porque a paranóia se instala numa idade mais tardia que a neurose obsessiva.

Existem dessa forma quatro espécies de sintomas: os sintomas primários de defesa; os sintomas conciliatórios de retorno; os sintomas secundários de defesa e os sintomas de dominação do ego.

Schreber e o mecanismo da paranóia

No caso Schreber (1911) reforça-se a hipótese do conflito sexual como causa do desencadeamento da doença. Freud diz que a causa ativadora da enfermidade foi o aparecimento de uma fantasia feminina (homossexual passiva) de desejo, que tomou por objeto a figura do médico. Uma resistência interna surgiu e a defesa tomou a forma de delírio de perseguição .

Posteriormente em seu delírio, seu médico Flechsig e Deus passam a ser a mesma pessoa, e Schreber também os divide em Deus “superior” e Deus “inferior”, assim como existem os Flechsig “superior”, “médio” e “inferior”. Esse processo de decomposição é uma das características da paranóia, trata-se de “reduzir novamente a seus elementos os produtos das identificações e condensações realizadas no inconsciente “. (Freud, S. ; 1911; Obras Completas; Imago Editora; vol XII; 1969; pg 69).

Conclui Freud que a questão básica do conflito patogênico em Schreber é a sua identificação ao pai, “a fantasia feminina, que despertou uma oposição tão violenta no paciente, tinha suas origens num anseio pelo pai e pelo irmão... este sentimento passou, por

transferência, para o médico, Flechsig; e, quando foi devolvido ao pai, chega-se a uma estabilização do conflito”. (ibid ;pg 70)

O que se torna dominante em Schreber é o complexo paterno. Em relação às causas do conflito que irrompeu relacionado à fantasia feminina de desejo, Freud propõe que pode-se associá-la à frustração de Schreber por não ter tido filhos, e seu delírio de ser “transformado em mulher” resolveria essa privação pois através de sua emasculação, o mundo se povoaria de “uma nova raça de homens, nascidos no espírito de Schreber”. (ibid pg 79)

A importância do mecanismo da paranóia é nesse momento colocada como estruturante da diferença entre neurose e psicose. Freud afirma que o que diferencia a paranóia está relacionado a apresentação sintomática e o mecanismo pelo qual se formam esses sintomas, que é diferente da repressão como ocorre nas neuroses.

Assinala ainda, que, no caso de pacientes do sexo masculino, a origem da paranóia estaria mais comumente relacionada às humilhações e desconsiderações sociais do que a conflitos de natureza sexual. A questão do componente homossexual na paranóia é discutida amplamente e serve para a explicação da formação delirante.

Freud em seguida discorre sobre o narcisismo para dizer desse momento de escolha objetal e da possibilidade das tendências homossexuais não serem colocadas de lado após uma escolha objetal heterossexual. Essas tendências parecem ter sido na maioria das vezes desviadas de seu objetivo sexual e aplicadas à novas utilizações. Combinando-se com instintos

do Ego, ajudam a constituir os instintos sociais, contribuindo como um fator erótico para a amizade e camaradagem, para o “esprit de corps” e o amor à humanidade em geral.

A questão do desencadeamento é apontada aqui como relacionada ao mecanismo de regressão ao narcisismo, onde haveria desde já um “ponto disposicional”. As pessoas que não se libertaram do estágio de narcisismo, apresentam uma fixação nesse ponto. Certas situações que fazem a libido fluir regressivamente, podem conduzir à sexualização de seus instintos sociais e desfazer as sublimações. Isso pode ser causado por um infortúnio nas relações sociais com outros homens ou pelo desapontamento com uma mulher - ambos conduzindo a uma frustração; ou por outro lado, que haja uma intensificação geral da libido, de maneira que ela se torne poderosa demais para encontrar um escoadouro ao longo dos canais já abertos e irrompa no ponto mais fraco.

Na paranóia os pacientes “se esforçam por proteger-se contra esse tipo de sexualização de suas catexias sociais instintuais”. Freud supõe então que “o ponto fraco em seu desenvolvimento deve ser procurado em algum lugar entre os estádios de auto-erotismo, narcisismo e homossexualismo e sua disposição à enfermidade deve estar localizada nessa região “. (ibid; pg 85)

No cerne do conflito dos casos de paranóia em indivíduos do sexo masculino, está uma fantasia de desejo homossexual de amar um homem. Segundo Freud as principais formas de paranóia conhecidas podem ser todas representadas como contradição da proposição única “eu (um homem) o amo (um homem). Essa proposição poderia ser contraditada por:

(1) Delírios de perseguição : eu não o amo - eu o odeio; essa contradição que foi enunciada assim no inconsciente, não se torna consciente dessa forma, sendo substituída por percepções externas. Essa proposição “eu o odeio”, se transforma por projeção em outra : “ele me odeia (persegue) o que me desculpará por odiá-lo”. Fica então assim a proposição: “Eu não o amo - eu o odeio, porque ele me persegue”.

Na erotomania a proposição fica assim “Eu não o amo - eu a amo” e em seguida é transformada em “Eu noto que ela me ama”. Resultando em: “Eu não o amo - eu a amo, porque ela me ama”.

No terceiro caso, a proposição pode ser contraditada por delírios de ciúme, como no caso dos delírios alcoólicos de ciúme , sendo que a proposição fica assim : “não sou eu quem ama o homem - ela o ama“ e suspeita da mulher em relação a todos os homens a quem ele próprio é incitado a amar. Nas mulheres os delírios de ciúme funcionam da mesma maneira : “não sou eu quem ama as mulheres - ele as ama“ e suspeita do marido em relação às mulheres por quem ela própria é atraída, devido ao seu homossexualismo e ao efeito disposicional de seu narcisismo excessivo. Os delírios de ciúme contradizem o sujeito, os delírios de perseguição contradizem o predicado, e a erotomania contradiz o objeto.

Existe também um quarto tipo, que rejeita a proposição como um todo; “não amo de modo algum - não amo ninguém” ... “eu só amo a mim mesmo” o que equivale à megalomania.

(1) Delírios de perseguição : eu não o amo - eu o odeio; essa contradição que foi enunciada assim no inconsciente, não se torna consciente dessa forma, sendo substituída por percepções externas. Essa proposição “eu o odeio”, se transforma por projeção em outra : “ele me odeia (persegue) o que me desculpará por odiá-lo”. Fica então assim a proposição: “Eu não o amo - eu o odeio, porque ele me persegue”.

Na erotomania a proposição fica assim “Eu não o amo - eu a amo” e em seguida é transformada em “Eu noto que ela me ama”. Resultando em: “Eu não o amo - eu a amo, porque ela me ama”.

No terceiro caso, a proposição pode ser contraditada por delírios de ciúme, como no caso dos delírios alcoólicos de ciúme , sendo que a proposição fica assim : “não sou eu quem ama o homem - ela o ama“ e suspeita da mulher em relação a todos os homens a quem ele próprio é incitado a amar. Nas mulheres os delírios de ciúme funcionam da mesma maneira : “não sou eu quem ama as mulheres - ele as ama“ e suspeita do marido em relação às mulheres por quem ela própria é atraída, devido ao seu homossexualismo e ao efeito disposicional de seu narcisismo excessivo. Os delírios de ciúme contradizem o sujeito, os delírios de perseguição contradizem o predicado, e a erotomania contradiz o objeto.

Existe também um quarto tipo, que rejeita a proposição como um todo; “não amo de modo algum - não amo ninguém” ... “eu só amo a mim mesmo” o que equivale à megalomania.

Os principais mecanismos na gênese da paranóia podem ser descritos como: o mecanismo pelo qual os sintomas são formados e o mecanismo pelo qual a repressão é ocasionada. O mecanismo de projeção é apontado como o principal na gênese da paranóia. Uma percepção interna é suprimida e seu conteúdo, após sofrer transformação, ingressa na consciência sob a forma de percepção externa. Nos delírios de perseguição há uma transformação do afeto; o que deveria ser sentido internamente como amor é percebido externamente como ódio.

O outro mecanismo destacado por sua função na paranóia é o mecanismo da repressão - o seu processo ocorre profundamente vinculado à história do desenvolvimento da libido e pode ser dividido em três fases : A primeira fase consiste na fixação, que é precursora de toda repressão. Esse mecanismo consiste em que determinado instinto deixa de acompanhar os demais ao longo do caminho normal e permanece num estágio mais infantil. Essa corrente libidinal comporta-se então como reprimida. Na segunda fase ocorre a repressão propriamente dita - esse é um processo ativo e consciente. Podem sofrer repressão os derivados psíquicos dos instintos retardados originais, que entram em conflito com o Ego (ou instintos egosintônicos) como tendências psíquicas que despertaram uma forte aversão. A conjunção da repulsa consciente e da atração inconsciente, tendem na mesma direção, ocasionando a repressão. Na terceira fase ocorre o fracasso da repressão, a irrupção, o retorno do reprimido.

Sobre o desencadeamento da psicose em Freud

Um pouco mais tarde, no texto de 1924, “Neurose e Psicose” preocupado com a origem e prevenção das psicoses Freud revela a importância do papel do Ego na diferença genética descrevendo a neurose como o resultado de um conflito entre o Ego e o Id, enquanto na psicose ocorre uma incompatibilidade entre Ego e o mundo externo.

Isto é exemplificado com a amênia de Meynert - “uma confusão alucinatória aguda que constitui uma forma extrema e notável de psicose, em que o mundo externo não é percebido de modo algum ou a percepção dele não possui qualquer efeito. Habitualmente o mundo externo governa o Ego de duas maneiras: primeiro, através de percepções atuais e presentes; segundo, através do armazenamento de lembranças de percepções anteriores as quais, sob a forma de um “mundo interno” são uma possessão do ego e parte integrante dele. Na amênia o mundo interno perde sua significação e o ego cria autocraticamente um novo mundo externo e interno.

Freud remete à origem do desencadeamento relacionando-a a uma “frustração muito séria de um desejo, por parte da realidade - frustração que parece intolerável”(ibid;pg 191) o que leva a uma dissociação do mundo externo e a uma construção de um novo mundo a partir dos impulsos desejosos do Id.

Em relação à gênese dos delírios, Freud os caracteriza como um remendo que seria aplicado no lugar em que originalmente uma fenda teria aparecido na relação do ego com o mundo externo. O delírio funcionaria então como um resgate desse relacionamento com o

mundo externo, sendo uma “tentativa de cura ou reconstrução” (ibid;pg 191). Essa é a questão principal da dissertação, que será discutida mais amplamente quando falarmos da formação de uma “metáfora delirante” como significativa no tratamento analítico de pacientes psicóticos.

Aprofundando a análise do desencadeamento, Freud compara a etiologia da psicose e da neurose, concluindo que ambas estariam relacionadas ao mesmo processo desencadeador que seria “uma frustração, uma não realização, de um daqueles desejos de infância que nunca são vencidos e que estão tão profundamente enraizados em nossa organização filogeneticamente determinada. Essa frustração é, em última análise, sempre uma frustração externa, mas, no caso individual, ela pode proceder do agente interno (no superego) que assumiu a representação das exigências da realidade”(ibid;pg 192). Freud relaciona a patologia ao fato do ego sobressair ou não em relação ao Id, o que levaria a um afastamento da realidade.

Em relação à gênese dos diferentes tipos de patologias encontramos em Freud a seguinte diferenciação; as neuroses de transferência correspondendo a um conflito entre o Ego e o Id; as neuroses narcísicas, a um conflito entre o Ego e o Superego; e as psicoses, a um conflito entre o Ego e o mundo externo.

Porém , para que do conflito entre o Ego e as outras instâncias psíquicas surja a neurose ou a psicose, deve-se considerar tanto questões econômicas “das magnitudes relativas das tendências que estão lutando entre si”, como o fato “de que o ego pode evitar uma

ruptura em qualquer direção, deformando-se, submetendo-se a usurpações em sua própria unidade e até mesmo, talvez, efetuando uma clivagem ou divisão em si próprio. “pg (ibid;pg 193). Nesse momento, o possível mecanismo que é responsável pela psicose é apontado por Freud, quando ele interroga sobre a existência de um mecanismo análogo à repressão, por cujo intermédio o ego se desliga do mundo externo, esse mecanismo deve, tal como a repressão, abranger uma retirada da catexia enviada pelo Ego. Esse mecanismo foi mais tarde chamado de “verwerfung” ou “rejeição” sendo posteriormente traduzido por Lacan como preclusão¹. Aprofunda-se mais sobre as diferentes instâncias psíquicas e suas relações com a realidade em “A perda da realidade na neurose e na psicose” (1924), quando diz da diferença entre neurose e psicose “na neurose, o ego, em sua dependência da realidade, suprime um fragmento do Id, da vida instintual, sendo que na psicose acontece que o Ego, a serviço do Id, se afasta de um fragmento da realidade. Há na neurose um predomínio da realidade, enquanto na psicose há um predomínio do Id”.(Freud, S.; 1924; Obras Completas; Imago Editora; 1969 .pg 229).

Em relação ao “começo da neurose”, o desencadeamento está relacionado à repressão de um impulso instintual, estando o ego a serviço da realidade. A neurose seria então o resultado de uma repressão fracassada.

Em relação as etapas do desencadeamento existem para Freud duas etapas distintas, a primeira afastaria o Ego para longe da realidade, enquanto a segunda tentaria reparar o dano causado e restabelecer as relações do indivíduo com a realidade às expensas do Id.

¹ Optamos pelo termo preclusão ao invés de forclusão, que será utilizado doravante.

Aqui a situação de desencadeamento também funciona para marcar a diferença entre neurose e psicose, pois nas duas patologias ocorre um afastamento da realidade, pois há uma incapacidade do Id de se adaptar as exigências da realidade, e conseqüentemente ocorre um afastamento do mundo externo.

Essa diferença inicial leva a que na neurose, um fragmento da realidade é evitado, por uma espécie de fuga, ao passo que na psicose ele é remodelado. Essa relação com a realidade é assim expressa “em uma psicose, a transformação da realidade é executada sobre os precipitados psíquicos de antigas relações com ela - isto é, sobre os traços de memória, as idéias e os julgamentos anteriormente derivados da realidade e através dos quais a realidade foi representada na mente “. (ibid; pg 232) Os delírios e alucinações são então explicados como uma tarefa de remodelamento da realidade, sendo que nesse processo, da mesma forma que em uma neurose há uma certa geração de ansiedade, e “provavelmente na psicose o fragmento de realidade rejeitado constantemente se impõe a mente”, (ibid;pg 232) sendo o mecanismo semelhante ao das neuroses. Freud aponta para a necessidade de que os mecanismos que afastam o Ego da realidade sejam objeto de estudos futuros.

A analogia entre neurose e psicose é apontada aqui como estando relacionada ao insucesso na resolução do conflito, pois na neurose o instinto reprimido é incapaz de conseguir um substituto completo, enquanto também na psicose a representação da realidade não pode ser remodelada de maneira satisfatória.

O desencadeamento da psicose e da neurose está marcado por uma diferença topográfica, isto é, se o Ego se rendeu à sua lealdade perante o mundo real - neurose; ou à sua dependência do Id - psicose. (ibid;p 233)

A questão da fantasia também é indicada nesse momento; enquanto na neurose é do “mundo da fantasia” que o sujeito busca material para novas construções de desejo, através da regressão a um passado mais satisfatório, na psicose essa reconstrução da realidade ocorre através de uma substituição do mundo imaginário.

No artigo de Freud sobre o “Fetichismo”(1927) tanto o mecanismo de rejeição - verleugnung - como o mecanismo de splitting (divisão) do Ego são bem estudados, sendo que ambos conduzem ao splitting do Ego. Uma primeira diferenciação entre a verdrangung e a verleugnung aparece nesse texto.

A verleugnung (rejeição) está relacionada à recusa da idéia da ausência de pênis na mulher, sua falta é “escotomizada” pela criança, que consegue um substituto para esse pênis através da formação de um fetiche. A verdrangung (repressão) está relacionada à repressão do afeto e à formação de uma neurose . O mecanismo proposto para a psicose é a verwerfung, já estudado anteriormente e que será discutido mais adiante, quando com Lacan, nos detivermos sobre o conceito de preclusão.

Continuando a pontuar a diferença entre neurose e psicose, no “Esboço de Psicanálise”(1938), a ênfase no desencadeamento da psicose recai sobre as relações do Ego com o mundo externo; “os estados patológicos do Ego, nos quais ele se aproxima do Id,

fundamentam-se numa cessação ou num afrouxamento dessa relação com o mundo externo .”(ibid;pg 231). E a experiência clínica parece demonstrar isso, quando revela a relação entre o desencadeamento da psicose e as exigências penosas da realidade ou o caso em que a causa precipitante está relacionada à intensificação dos instintos. Nesses dois exemplos ocorre uma exigência demasiada por parte do mundo externo - no primeiro caso; ou do Id - no segundo. São frequentes na clínica, casos nos quais identificamos como causa desencadeante da psicose, situações em que a realidade tornou-se insuportável.

Em relação as causas desencadeantes, em sua maioria, uma estrutura propícia já estaria lá formada, aguardando apenas esse momento particular para eclodir a doença. Nesse sentido uma abordagem bem feita deve investigar a origem do desencadeamento, um resgate histórico das vivências. Outro caso ilustrativo em minha clínica pessoal é o de um paciente jovem, cujo pai já doente há algum tempo, subitamente morre em seus braços. Na primeira consulta ele apresenta um estado de extrema heteroagressividade, sendo levado para atendimento na emergência do H.Pinel. No decorrer de seus atendimentos no ambulatório, (pois não foi internado, tendo permanecido apenas na emergência por 24 horas) apresentou um quadro delirante-alucinatório em que ouvia uma voz lhe dizer: “ele também é filho...”. Ao ouvir buzinas de carros, que fazem “pé,pé,pé” interpreta da seguinte maneira: “pé significa papa, inteligente, escolhido” e acredita que lhe dizem respeito. Tudo agora acontece com ele porque “quando era criança, viu um disco voador sobre o edifício onde morava” de onde “saiu um raio” que age sobre sua mente. Esse paciente foi atendido durante dois anos, até ser

encaminhado para outro médico quando da minha saída do hospital, pois nessa época estava cursando a Residência Médica.

Sobre essas situações de distanciamento da realidade vale lembrar o que Freud nos diz ainda no “Esboço de Psicanálise. Esse afastamento, na psicose não é total, e Freud cita o caso de “confusão alucinatória” que ocorre na amênia e diz que parece haver sempre em algum canto da mente uma pessoa normal escondida, que como um espectador desligado olha o tumulto da doença passar por ele. Exemplificando como isso ocorre na paranóia, Freud cita o caso de um paciente que sofria de um delírio de ciúmes mas após cada crise, um sonho transmitia ao analista uma representação correta da causa precipitadora, livre de qualquer delírio.

Nesse caso específico, o delírio que dominava o paciente de dia era corrigido pelo sonho. Dessa forma conclui que nesse caso haveria uma divisão (splitting) da vida psíquica. Haveriam duas atitudes psíquicas contrárias coexistindo: uma leva em conta a realidade e a outra, sob influência dos instintos, desliga o Ego da realidade. De acordo com a vitória de uma dessas duas forças haverá um afastamento da realidade que leva à psicose ou em caso inverso, ocorre a cura aparente do distúrbio delirante, que apenas se retira para o inconsciente. Acredita-se que o delírio já existia pronto, muito antes de sua irrupção, em alguns casos.

Em “Construções em Análise”(1937) ao falar sobre a interpretação analítica como uma construção feita ao paciente pelo analista nos diz que “a tarefa do analista é completar

aquilo que foi esquecido a partir dos traços que deixou atrás de si, ou, mais corretamente, construí-lo”. (1937;pg 293). Fala do trabalho analítico como uma junção entre o trabalho do paciente e o do analista que deve estar atento à construção e ao modo como transmite suas construções à pessoa que está sendo analisada.

Freud também nos fala em “Construções em Análise”(1937) da origem das alucinações e do delírio dizendo que em alguns pacientes a comunicação de uma construção apropriada evocou neles um fenômeno surpreendente: tiveram recordações vívidas onde viam o rosto das pessoas e as salas em que poderia ter ocorrido o acontecimento interpretado pelo analista. Isso acontecia tanto em sonhos como em vigília, sob a forma de fantasias.

Essas recordações poderiam ser descritas como alucinações se uma crença estivesse associada à clareza. Conclui então que ocorre nas alucinações um retorno de certas experiências acontecidas na infância que teriam sido afastadas da consciência. Estas experiências retornariam deformadas e deslocadas devido às forças que se opõem ao seu retorno.

Essa tese já havia sido desenvolvida no “Homem dos Lobos”(1918) - na alucinação do dedo cortado quando Freud nos fala do retorno do reprimido - da castração negada pela criança que retorna no Real. Nesse texto o mecanismo de castração é amplamente discutido e o paciente descreve o terror paralisante ao imaginar que havia cortado o próprio dedo ao fazer cortes em uma noqueira, porém ao voltar a si, nota que nada havia acontecido. Esse momento

é reconhecido como aquele no qual o paciente percebe a realidade da castração como sendo o acontecimento que marca verdadeiramente esse passo.

O mecanismo do delírio também é explicado no texto “Construções em Análise”(1937)quando Freud afirma existirem dois fatores: o afastamento do mundo real e suas forças motivadoras por um lado e a influência exercida pela realização de desejo sobre o conteúdo do delírio por outro: “...não poderá acontecer que o processo dinâmico seja antes o fato de o afastamento da realidade ser explorado pelo impulso ascendente do reprimido, a fim de forçar seu conteúdo à consciência, enquanto as resistências despertadas por esse processo e à inclinação à realização de desejo partilham da responsabilidade pela deformação e pelo deslocamento do que é recordado? Esse é o mecanismo dos sonhos , sob o qual, desde tempos imemoriais, a intuição igualou à loucura.” (Freud,S.; 1937; Obras Completas, vol XXIII; Imago Editora; 1969; pgg 302).

Nesse caso diz ele há na loucura não só método mas também um fragmento de verdade histórica, sendo plausível supor que a crença compulsiva que se liga aos delírios derive sua força exatamente de fontes infantís desse tipo.

Freud propõe então que se estude casos com o cuidado de resgatar a história daquelas vivências infantís, apontando para uma possibilidade de tratamento das psicoses. É nessa escuta diferenciada que se localiza o cerne da questão em torno da qual se faz o presente estudo. Mais especificamente quando Freud afirma: “abandonar-se-ia o vão esforço de convencer o paciente do erro de seu delírio e de sua contradição da realidade, e, pelo

contrário, o reconhecimento de seu núcleo de verdade permitiria um campo comum sobre o qual o trabalho terapêutico poderia desenvolver-se“. (Freud,S.;1937; Obras completas, vol XXIII; Imago Editora; 1969; pg 303)

Esse trabalho consistiria em libertar o fragmento de verdade histórica de suas deformações e ligações com o dia presente real, e em conduzi-lo de volta para o ponto do passado a que pertence. Os delírios também são explicados nesse texto como sendo equivalentes às construções formuladas no decurso de um tratamento analítico - tentativas de explicação e de cura, embora na psicose se substitua um fragmento de realidade que está sendo rejeitado no presente por outro que foi rejeitado num passado remoto.

O poder convincente do delírio está relacionado ao elemento de verdade histórica que ele insere no lugar da realidade rejeitada. Donde se conclui que os que sofrem de delírios estão sofrendo de suas próprias reminiscências.

Em seu texto “A divisão do ego nos processos de defesa “(1937/38), Freud discorre tanto sobre o mecanismo de rejeição - verleugnung - como sobre o fato de que esse mecanismo resulta numa divisão (splitting) do Ego.

Esse mecanismo é explicado pela necessidade que o Ego encontra, de num determinado momento de grande pressão instintual, ter de se comportar de maneira a satisfazer também as ameaças da realidade; que lhe confrontam com o perigo da castração. A resposta a esse conflito ocorre de maneira que “ambas as partes na disputa obtêm sua cota: permite-se que o instinto conserve sua satisfação e mostra-se um respeito apropriado pela

realidade. Mas tudo tem de ser pago de uma maneira ou de outra, e esse sucesso é alcançado ao preço de uma “fenda no ego”, a qual nunca se cura, mas aumenta a medida que o tempo passa.”(Freud,S.; 1938; Obras Completas; Imago Editora, vol XXIII; 1969; pg 309).

Nesse texto Freud também nos diz que a negação da castração - uma rejeição da realidade dessa ordem - ocorre no fetichismo, porém o afastamento da realidade não é total como ocorre nas psicoses.

Tendo percorrido o texto freudiano como fizemos até aqui, constatamos que apesar da sua enorme contribuição, nenhum mecanismo específico para a psicose foi sistematizado. É somente com Lacan, na sua proposta de releitura da obra de Freud, que podemos localizar com maior clareza uma teoria sobre as psicoses. Sua contribuição mais significativa é a tradução da *Verwerfung*)freudiana por preclusão - termo jurídico, que significa perda de um direito adquirido por decurso de prazo - que no contexto da psicanálise ganha o sentido de algo que não foi simbolizado permitindo uma nova maneira de compreender o fenômeno da psicose. Lembramos que dentre as aplicações desse conceito aquela que é de interesse para o tema da tese é a preclusão do Nome-do-Pai.

Lacan se deteve amplamente sobre a questão das psicoses e principalmente sobre a situação do desencadeamento de uma crise psicótica. O percurso percorrido por ele desde o começo de seus estudos até a hipótese de um mecanismo específico para dar conta da psicose será visto à seguir.

Uma visada fenomenológica de Lacan

A questão da psicose foi tema da sua tese de Doutorado “A Psicose Paranóica em suas relações com a personalidade”(1932),tese essa, ainda impregnada de toda uma visão psicogeneticista da psicose, herdada de seus estudos de fenomenologia.

Nessa tese Lacan estuda tanto a gênese como a estrutura dos fenômenos psicóticos, principalmente as questões da afetividade e do desenvolvimento do delírio. Interroga se na paranóia ocorre um processo ou um desenvolvimento da personalidade, relacionando essa questão dentro das diversas escolas psiquiátricas. Na escola alemã, cita Kraepelin para quem o delírio representaria não um “desenvolvimento de germes mórbidos em processos patológicos autônomos”, e sim “as transformações naturais mediante as quais uma malformação psíquica sucumbe face à influência dos estimulantes vitais.” Kraepelin não reconhece nenhuma unidade nos traços de caráter anteriores ao delírio, sendo favorável ao fato de que o desencadeamento da crise psicótica se trata de um processo.(Lacan, J.; 1932; A Psicose Paranóica...; Ed du Seuil; 1975; pg 54).

Para Bleuler, a gênese dos delírios está relacionada aos fatores reacionais, essa concepção se aproxima da freudiana que reconhece na gênese da psicose uma situação qualquer da realidade externa que seja insuportável.

Lacan cita Bleuler que diz: “ o doente está implicado numa situação vital que ultrapassa os meios de se defrontar com ela e que toca sua afetividade profundamente, humilhando-o no plano ético. Sua reação é igual a de um sujeito normal, seja recusando a

realidade - delírio de grandeza; ou relacionando seu fracasso a alguma maldade do exterior - delírio de perseguição. Na paranóia essa primeira reação se perpetua pelo fato de uma estabilidade especial de sua afetividade.”(Lacan,J.; 1932; A Psicose Paranóica...; Ed du Seuil; 1975; pg 69).

A gênese dos delírios, para o pensamento psiquiátrico francês , coloca em evidência o conceito de automatismo mental. Nos primórdios de um desencadeamento da crise psicótica, quase sempre observa-se uma “perplexidade”, que evolui para o distúrbio delirante. O fenômeno de automatismo mental seria secundário e autônomo. Lacan cita Mignard e Petit que utilizam o termo automatismo mental para designar sua concepção do delírio, que teria autonomia em relação ao restante da personalidade. Esses autores explicam o delírio como um “neoplasma mental” e dizem “é no decorrer da fase delirante propriamente dita que é possível observar, ao lado da velha personalidade variável mas contínua no seu passado e no seu presente, a coexistência de um segundo sistema mais ou menos coordenado de sentimentos e tendências que servem de embasamento às concepções mórbidas, espécie de nova personalidade delirante em oposição mais ou menos marcada com a primeira.” Em relação à gênese dos delírios esses autores se aproximam de Freud quando dizem “Aproveitando-se de um estado de confusão, excitação ou depressão, ou simplesmente de um estado afetivo um pouco intenso ou prolongado, uma corrente psíquica, que se formou mais ou menos inconscientemente, aparece à luz da consciência, e vêm súbita ou lentamente, mas imperiosamente, com suas tendências, seus sentimentos e suas crenças próprias se opor ou se impor ao sujeito.”(Lacan, J.; 1932; A Psicose Paranóica e suas relações com a

personalidade; Ed du Seuil; 1975; pg 125). O delírio aparece nessa concepção como resultado de um combate com a personalidade do sujeito.

Lacan se detém em Jaspers para nos dizer da diferenciação entre processo e desenvolvimento de uma personalidade. A principal diferença entre eles está no fato de que as relações de compreensão ocorrem no desenvolvimento da personalidade, o que não acontece no processo, onde um elemento novo se introduz na personalidade. Deve-se também diferenciar os processos psíquicos dos orgânicos, onde acontece uma desagregação da vida mental.

De maneira completamente diversa a forma fenomenológica conhecida como reação da personalidade, apresenta um conteúdo que tem uma relação compreensível com o acontecimento original. A psicose reativa depende do destino do sujeito e está ligada a um acontecimento que tem um valor vivido.

Lacan conclui pela análise do desenvolvimento da personalidade do sujeito, dos acontecimentos de sua história, dos progressos de sua consciência, das suas reações ao meio social, como sendo uma chave para as questões nosológica, prognóstica e terapêutica.

Lacan nesse momento dá importância à fixação num estágio mais infantil, no momento de formação do Superego, estágio esse denominado narcisismo secundário, que explicaria as tendências maiores do psiquismo do sujeito. Essas tendências se exteriorizam ao máximo no delírio e aqui se aponta a importância da homossexualidade recalcada no desenvolvimento de sintomas persecutórios, o alcance altruísta e social dos temas idealistas, a potência das pulsões

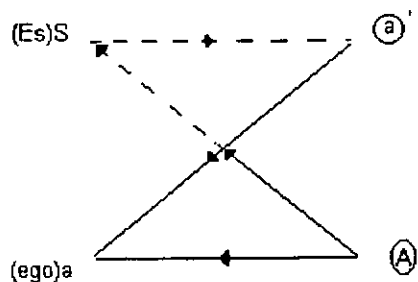
agressivas e autopunitivas apresentadas. Lacan nos fala de uma possibilidade do uso da técnica psicanalítica em relação às psicoses e de um possível estudo das “situações vitais que determinam a psicose” principalmente na infância; “dos tipos de estrutura conceitual pré-lógica, revelados pela psicose, do valor significativo das criações estéticas... que a psicose produz e das pulsões agressivas, especialmente homicidas... que colocam o problema da responsabilidade do sujeito “. (ibid;pg 358).

Já mais tarde, no Seminário 3 (1955), Lacan faz uma crítica ao que pensava anteriormente em sua tese, para nos dizer da possibilidade de uma escuta para além da relação de compreensão de Jaspers quando coloca que “o progresso maior da psiquiatria, desde a introdução desse movimento de investigação que se chama psicanálise, consistiu em restituir o sentido na cadeia dos fenômenos” (Lacan, J. ; 1955-56; Seminário 3; Ed du Seuil; pg 14). Desse modo, seria errôneo conceber que o sentido de que se trata é aquele que se compreende, apontando para um saber sobre o sujeito localizado no horizonte da fenomenologia.

Nesse momento aponta o mecanismo da *verwerfung* como responsável pelo fenômeno alucinatorio. O sujeito pode recusar acesso, ao seu mundo simbólico, da ameaça de castração, da *verwerfung*, que reaparecerá no Real. Para explicar esse mecanismo cita como exemplo o caso do “Homem dos lobos” que recusando a castração, alucina ,imaginando ter cortado seu dedo, sendo incapaz de falar disso com sua ama. Mais tarde em “De uma questão preliminar...(1956) Lacan nos diz “a *verwerfung* será considerada para nós como preclusão do significante “ (Lacan; J. 1956; Escritos; Siglo XXI editores; pg 540; 1a ed 1966; Ed du

Seuil; Paris), mecanismo esse colocado em primeiro plano como estruturante das psicoses e que estudaremos posteriormente.

A diferença entre o recalque na neurose e na psicose é bem marcada, sendo aqui apresentado um esquema para dizer dessa alteridade. “ Nesse esquema se figura a interrupção da palavra plena entre o sujeito e o Outro e seu desvio pelos dois eu, a e a’ e suas relações imaginárias. Uma triplicidade está aqui indicada no sujeito, que abrange o fato de que é o eu do sujeito que fala normalmente a um outro, e do sujeito, S, em terceira pessoa... o sujeito se fala com o seu eu.” Essa é a característica da alucinação verbal, “no momento em que ela aparece no real, acompanhada desse sentimento de realidade que é a característica fundamental do fenômeno elementar, o sujeito fala com o seu eu, é como se um terceiro falasse e comentasse sua atividade.” (Lacan, J.; 1955-56; Seminário 3; Ed du Seuil; pg 23)



Em relação à formação delirante, Lacan retoma Clerambault para apontar as relações entre fenômeno e estrutura : “...os fenômenos elementares não são mais elementares que o que está subjacente ao conjunto da construção do delírio. São elementares como o é, em relação a uma planta, a folha em que se poderá ver um certo detalhe do modo como as

nervuras se imbricam e se inserem - há alguma coisa de comum a toda planta que se reproduz em certas formas que compõem sua totalidade. Do mesmo modo, estruturas análogas se encontram ao nível da composição, da motivação, da tematização do delírio, e no nível do fenômeno elementar. Em outras palavras, é sempre a mesma força estruturante, se é possível assim nos exprimirmos, que está trabalhando no delírio, quer o consideremos em uma de suas partes ou em sua totalidade.” Fenômeno e estrutura se encontram portanto, interligados. (ibid;pg 28)

A novidade freudiana é acentuada por Lacan quando pontua que a atenção deve ser dada aos fenômenos da linguagem que surgem na psicose. A riqueza do dizer psicótico está situada nesses fenômenos do neologismo, da fuga de idéias e do delírio como sintoma mais característico. No caso da alucinação verbal , que com frequência aparece na clínica, o retorno do Real é bem percebido, como numa de minhas pacientes que me relatava : - ”estou preocupada, ouço vozes e quando elas aparecem, é porque vai acontecer alguma coisa“ e continua ”se escuto a sua voz, é porque acontecerá alguma coisa com você , com a minha tia é a mesma coisa“. Esse é o caráter fundamental da psicose, que não há essa distinção entre o Eu e o Outro, provocando essa invasão no sujeito, por esse absoluto que é o Outro.

A questão estrutural que realmente faz a diferença entre neurose e psicose é o delírio. Freud marca que no desencadeamento da neurose, o que ocorre é um afastamento da realidade psíquica, e Lacan afirma “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, J. ; 1955-1956; Seminário 3 - as psicoses; Jorge Zahar Ed; 1988; pg 57) O que foi então rejeitado do Simbólico reaparece no Real. Lacan nos fala da necessidade de uma Bejahung primordial, de que é preciso um começo para a simbolização e que a qualquer momento do desenvolvimento pode se produzir uma verneinung com suas consequências clínicas, como o negativismo próprio das psicoses, e essa distinção entre os dois mecanismos é fundamental.

A verneinung é um mecanismo bem conhecido freudiano, que parte do pressuposto de que, se um paciente nega veementemente alguma idéia, na verdade essa negação significa um “modo de tomar conhecimento do que está reprimido“, o paciente nega intelectualmente o reprimido, portanto negar seria como dizer “isso é algo que eu preferiria reprimir”, e esse julgamento negativo é como um substituto intelectual da repressão.

Da função do julgamento também participa o teste de realidade, e é uma precondição para o estabelecimento desse teste , que objetos, que outrora trouxeram satisfação real, tenham sido perdidos. Freud ressalta a importância do estudo do julgamento, que permite que o Ego integre ou coloque para fora as coisas, de acordo com o princípio do prazer e de acordo também com a oposição dos dois grupos instintuais em jogo: a Bejahung - afirmação, pertence a Eros; e a Verneinung - negação, ao instinto de morte. Conclui que o “desejo geral de negar, o negativismo que é apresentado por alguns psicóticos, deve ser encarado como sinal de uma desfusão de instintos efetuada através da retirada dos componentes libidinais “. (Freud, S.; 1925;pg 300; Obras Completas; vol XIX Imago Editora; 1969). Esse negativismo que aparece

na clínica, em neuróticos, como da ordem de uma fala que permite o alcance de um desvelamento inconsciente, em psicóticos pode ser desastroso, quando nos defrontamos com pacientes melancólicos, ou mesmo em síndromes catatônicas, em que o sujeito está imerso em uma total apato-abulia.

Porém a questão que nos interessa é a do desencadeamento e vamos então retomá-la.

Lacan estuda o caso Schreber amplamente, e percebe que no início de sua psicose, um pouco antes da crise, aparece a fantasia “como seria belo ser uma mulher sendo copulada”. Esse pensamento “seria belo” apresenta um caráter sedutor que adicionado ao fato de ser uma alucinação hipnapômica, quase um sonho, nos faz pensar em uma realização de desejo. Para Lacan, esse desejo inconsciente faria parte de um desejo de castigo e cita Freud na *Interpretação dos Sonhos* “o caráter essencial dos sonhos de castigo me parece, pois, ser o seguinte: o que os produz não é um desejo inconsciente vindo do reprimido, mas um desejo de sentido contrário que se realiza contra este, desejo de castigo que, embora inconsciente, mais exatamente pré-consciente, pertence ao eu “. (Lacan, J.; 1956; O seminário, livro 3; Ed du Seuil; 1975; pg 77).

Lacan coloca a diferença entre neurose e psicose como estando articulada à questão do desejo: “o desejo que se reconhece no delírio se situa num plano diverso do desejo que tem de fazer-se reconhecer na neurose”. Essa questão da dimensão desejante é fundamental na distinção entre neurose e psicose : Na verdade o psicótico é aquele que “não extrai o objeto a”, objeto causa de desejo, que instaura a dimensão da falta inaugurando uma possibilidade

desejante. Na neurose percebe-se que por causa da experiência da castração o Outro é percebido como inconsistente, em falta, e através da descoberta desse furo no Outro, ocorre a constituição do sujeito. Nesse trabalho de extrair alguma coisa do Outro, chega-se ao objeto a, e da sutura do sujeito com o objeto a chegamos à fantasia: representada pela fórmula $S a$, essa fantasia sendo então o que organiza e estrutura o sujeito. Essa subjetivação necessita de um terceiro termo que possa mediar a relação do desejo do sujeito com o desejo do Outro, esse terceiro é o Nome-do-pai, que estando precluído na psicose, não chega a formar a metáfora paterna.

A problematização da diferença também está no fato de que o recalcado na neurose, reaparece nos símbolos, nele se integrando como agente e como ator, enquanto que na psicose reaparece no imaginário, sem máscara.

Em relação a Schreber toda a questão que está em jogo é a sua bissexualidade primitiva, impossível de ser negada pelo mecanismo da verneinung, como ocorre em neuróticos. Lacan interroga nesse momento sobre o desencadeamento da psicose e diz “alguma coisa aparece no mundo exterior que não foi primitivamente simbolizada, o sujeito se vê absolutamente desarmado, incapaz de fazer dar certo a verneinung com relação ao acontecimento “... “o sujeito, por não poder estabelecer de maneira alguma o pacto do sujeito com o outro, por não poder fazer uma mediação simbólica qualquer entre o que é novo e ele próprio, entra em outro modo de mediação, completamente diferente do primeiro, substituindo a mediação simbólica por um formigamento, por uma proliferação imaginária,

nos quais se introduz, de maneira deformada, e profundamente a-simbólica, o sinal central de uma mediação possível.”(ibid; pg 104)

Essa “alguma coisa” que aparece do mundo exterior é mais tarde identificada por Lacan a uma injunção, que do Real apareça, e não encontrando resposta leva a que o sujeito ingresse na psicose.

Sobre o desencadeamento e seu mecanismo: a preclusão

A questão fundamental que se coloca como hipótese a partir daqui é a importância que o analista deve dar ao desencadeamento da crise. Essa questão é retomada por Lacan nos Escritos, em “De uma questão preliminar a todo tratamento possível das psicoses” (1956). Nesse texto a importância da função do falo como o que organiza a sexualidade é acentuada , e na economia subjetiva inconsciente o que se evoca é a metáfora paterna. Nesse sentido o que está colocado em valor é o significante que condiciona a paternidade, e isto é sem dúvida o que demonstra que a “atribuição da procriação ao pai não pode ser efeito senão de um puro significante, de um reconhecimento não do pai real, senão do que a religião nos ensinou a evocar como o Nome-do-pai “. (Lacan;J.;1955-56; Escritos; Siglo XXI Ed ; 1975; pg 538).

Lacan assinala que o aparecimento do significante do pai , enquanto autor da Lei, está ligado à morte, ao assassinato do pai , e aí está a dívida com que o sujeito se liga por toda vida com a Lei, o Pai simbólico, enquanto que o significado dessa Lei é por certo o Pai morto.

“A significação do falo, deve evocar-se no imaginário do sujeito pela metáfora paterna”. Lacan nos dá então a fórmula da metáfora, ou da substituição significante:

$$S \ S' \ ____ \ S \ 1$$

$$S' \ x \ \quad \quad s$$

onde as S maiúsculas são significantes; x a significação desconhecida; e s o significado induzido pela metáfora, a qual consiste na substituição na cadeia significante de S a S'. A elisão de S' representada aqui por sua barra, é a condição de êxito da metáfora.” (Lacan, J.; 1956; Escritos; Ed du Seuil; 1975)

Esta é à metáfora do nome-do-pai, ou seja, a metáfora que substitui esse Nome no lugar primeiramente simbolizado pela operação de ausência da mãe.

<u>Nome do pai</u>	<u>Desejo da mãe</u>	Nome do pai	<u>A</u>
Desejo da mãe	Sigdo ao sujeito		falo

Podemos então pensar em uma situação em que ao chamado do Nome-do-pai, responda, não a ausência do pai real, pois esta ausência é compatível com a presença do significante, senão a falta do significante mesmo. (ibid; pg 539) Essa não resposta do lado do nome-do-pai têm o efeito de uma injunção, ingressando o sujeito na crise psicótica.

Calligaris (1989) nos fala da importância da constituição de uma metáfora delirante e é fundamental que se permita ao paciente a estruturação dessa metáfora que organizaria o

delírio dando um sentido ao surto psicótico e a conseqüente desorganização da linguagem que ocorre nesse momento.

É importante para o paciente que chega a uma instituição num serviço de emergência que se interrogue sobre essa questão do desencadeamento, não no sentido de supressão do delírio através de medicação, ou mesmo de uma abordagem psicoterápica que privilegie o chamado “dado de realidade” confrontando o paciente com o erro de suas produções, e sim possibilitando ao sujeito a estruturação de uma metáfora delirante que viria no lugar da metáfora paterna abolida na psicose.

É importante privilegiar numa visão diferenciada sobre a clínica da psicose um olhar mais atento sobre o desencadeamento do surto e a estruturação da metáfora delirante. Na prática percebe-se que certos pacientes nos quais se privilegia o atendimento diferenciado desde o desabrochar do surto, verifica-se uma possibilidade de evitar a cronificação com as conseqüentes reinternações.

Sobre essa questão do desencadeamento do surto, nos diz P.Naveau “ a experiência mostra que esta é uma questão crucial. Conseguir isolar isto que Lacan chama a “conjuntura do deslanchamento” não é sem conseqüências sobre a possibilidade de empreender um tratamento e seu desenvolvimento “. (Naveau;P. 1988; Ornicar ? Revue du Champ Freudien ,n 44, pg 77,78). Esse resgate de situações que funcionaram como injunção é pontual, pois permite nos levar aquela situação inicial , à “conjuntura dramática” na história do sujeito, permitindo inclusive toda uma orientação terapêutica a partir daí, e essa é uma escuta que se embasa em Freud que nos fala da importância da interpretação analítica a partir das

construções realizadas na análise . Outra questão fundamental nesse sentido é a atenção a uma possibilidade diagnóstica calcada na transferência. Calligaris a esse respeito diz que “a clínica da psicose não é uma clínica descritiva, nem fenomenológica, mas é uma clínica estrutural, na medida em que o diagnóstico se estabelece na transferência“. Do discurso que se estabelece nesse lugar em que o paciente coloca o terapeuta é que há possibilidade de uma clínica das psicoses. (Calligaris; 1989, Introdução a uma clínica diferencial das psicoses, Artes Médicas,pg 9).

Essa situação da transferência analítica é estudada por Lacan em seu texto “A Direção da Cura” (1958) quando ele nos coloca da situação analítica como se articulando a uma tática, uma estratégia e uma política. A estratégia implica num jogo em que o analista está no lugar do morto e seus sentimentos, sua pessoa, só podem entrar na situação a partir desse lugar, em que sua tática deve colocá-lo para que o trabalho prossiga. Lacan diz “eis porque o analista é menos livre na sua estratégia que na sua tática... O analista é menos livre ainda na sua política, onde seria melhor se referenciar a sua falta-a-ser do que a seu ser”. (Lacan; J. ; 1958; Escritos, Siglo XXI Ed; pg 569).

Na psicose essa situação transferencial deve ser manejada de forma especial, porque o paciente interpela o analista a partir de uma posição situada no lugar da função paterna. Em Schreber percebe-se que sua transferência coloca Fleschig nesse lugar, Lacan pontua sobre isso “esta é a concepção de Freud, enquanto que designa na transferência que o sujeito operou sobre a pessoa de Fleschig o fator que precipitou o sujeito na psicose.”(Lacan, J. ; 1956; Escritos; Ed du Seuil; 1975 ;pg 563)

Na prática clínica com pacientes desencadeando um surto são freqüentes situações em que se encontre a função paterna abolida. Quase sempre o desencadeamento de um surto coincide com o encontro de uma situação no Real em que há um furo na função paterna. Em “De uma questão preliminar “ Lacan nos fala que para que haja o desencadeamento da psicose é necessário que o Nome-do-pai, *verworfen*, precluído, quer dizer sem haver chegado nunca ao lugar do Outro, seja chamado ali em oposição simbólica ao sujeito. “É a falta do Nome-do-pai neste lugar, o que, pelo furo que abre no significado, inicia a cascata de remanejamentos no significante de onde procede o desastre crescente no Imaginário, até que se alcance o nível em que significante e significado se estabilizam na metáfora delirante. Mas como pode o Nome-do-pai ser chamado pelo sujeito ao único lugar de onde teria podido vir e onde nunca esteve? Por nenhuma outra coisa senão que por um-pai real, não necessariamente pelo pai do sujeito, mas por um-pai. Ainda assim é preciso que esse um-pai venha a esse lugar onde o sujeito não teria podido chamá-lo antes. Basta para isso que esse Um-pai se situe em posição terceira em alguma relação que tenha por base o par imaginário a-a’, eu-objeto ou ideal-realidade ingressando o sujeito no campo de agressão erotizada que o induz. No desencadeamento da psicose há então uma conjuntura dramática. Na mulher que acaba de dar a luz na figura de seu marido, para a penitente que confessa sua falta na pessoa de seu confessor e na mocinha enamorada no encontro com o pai do rapaz”. (Lacan,J.; 1955-56; Siglo XXI Ed; pg 559;1989)

Nos “Complexos Familiares” (1938) nos coloca da importância da função paterna na sublimação da realidade, nos dizendo “a estrutura mesma do drama edípico designa o pai para

dar a função de sublimação a forma mais eminente porque a mais pura”. (pg 54) Lacan nos diz também que “é o objeto paterno que traz sua orientação à direção criativa da energia de sublimação. O pai é assim considerado como uma instância de idealização que se eleva às custas de uma energia criativa”. (Lacan,J.; 1938; , Os Complexos Familiares, 1984; Navarin Éditeur,Paris)

Essa função paterna estaria então relacionada a uma possibilidade de resposta do sujeito à diversas situações que lhe confrontem com um real onde ele tenha de fornecer uma mensagem, praticar um ato ou instituir um limite. Assim ao nos depararmos com um paciente iniciando um surto, devemos pesquisar de onde partiu a demanda de uma resposta do sujeito - futuro psicótico.

A partir dessa questão podemos entender a origem do desencadeamento do surto e como um exemplo vemos em Schreber o desabrochar da psicose relacionado a sua ascensão a um cargo no Tribunal de Apelação de Leipzzig que estava acima de suas possibilidades, ao mesmo tempo em que ele se vê impedido de tornar-se pai. Seu desejo de alcançar a essa função paterna sendo alcançado de fora, o temor a castração é revivido acrescido de um apetite homossexual. Vemos aí o que está em causa no desencadeamento da crise acarretando todas as distorções, deformações patológicas e miragens que evoluem como delírio.

A questão fundamental para Lacan na psicose é então a preclusão do Nome-do-pai , que está fundamentalmente ligada a outro conceito que surge dos fenômenos observados. Se trata da regressão tópica ao estágio do espelho. Lacan ao tentar definir um mecanismo que

pudesse estruturar as psicoses, traduz a *verwerfung* freudiana por preclusão e aí nasce verdadeiramente um conceito novo apesar de profundamente marcado por uma herança freudiana. Nesse conceito está implícita toda a questão da “abolição simbólica” da função paterna. Porém para Santos Souza essa maneira de compreender a preclusão, como abolição, falta ou carência teria um outro lado, de potência de ordenar a psicose: “...seguindo outra direção, gostaria de pensar positivamente a preclusão do Nome-do-pai como um caso de grandeza negativa nos termos de Kant. E é o próprio Lacan quem a isto nos leva quando, no Seminário 3, ao falar das ilusões de privação que um certo uso da linguagem pode nos introduzir, nos convida a pensar no que Kant chamou grandeza negativa e, mais especialmente, na positividade de uma grandeza negativa”. (Souza, S.N.; 1992; A Forclusão, um caso de grandeza negativa; Boletim de novidades, ano VII, n 59; maio 1994; São Paulo; Ed Livraria Pulsional; p 5).

Importante nessa visão é a possibilidade de resgatar a positividade do dizer psicótico, um dizer desqualificado e que leva quase sempre a uma desqualificação do sujeito. Ainda para Santos Souza “para que reflita o dinamismo que lhe é próprio, a preclusão do Nome-do-pai, *verwerfung*, exige ser pensada como um princípio positivo, a *Bejahung*, afirmação, numa relação de oposição real”. (Souza, S.N.; *ibid*; p 7). A partir dessa proposta Santos Souza nos fala que é necessário para evidenciar a preclusão como um princípio positivo, “surpreendê-la em suas conseqüências, colhê-la no frescor do acontecimento, para isolá-la como uma operação”. (*ibid*; p 9).

A metáfora delirante

A partir dessa visão da positividade do dizer psicótico, podemos considerar como válida a hipótese de que é importante a estruturação da metáfora delirante por um sujeito psicótico, metáfora essa que tem valor positivo, valor criador, na medida em que parte de um nada, de uma função já de antemão excluída na psicose, a função paterna. Voltando ao início da teoria lacaniana retomemos por hora um texto fundamental na compreensão dos fenômenos que se passam na psicose como a regressão tópica ao estágio do espelho.

O “Estádio do espelho”(1949/1966) lança uma luz nova sobre a função do eu na experiência psicanalítica. Nesse texto Lacan nos fala do júbilo do bebê ao se contemplar no espelho e ter uma apreensão totalizante de sua imagem, estando já aí suposto este “estádio do espelho como uma identificação no sentido pleno que a análise dá a esse termo: a saber, a transformação produzida no sujeito quando este assume uma imagem - cuja predestinação a esse efeito de fase está suficientemente indicado pelo uso, na teoria , do termo antigo *imago*”. (Lacan, J.; 1949; Escritos; Siglo XXI Ed; p 87).

Está também já presente nesta comunicação de Lacan toda uma continuidade de sua especulação sobre o conhecimento paranóico e a identificação com o Outro quando ele diz “o pequeno homem, nesse estágio infans, é nos parece desde logo manifestar numa situação exemplar a matriz simbólica onde o eu se precipita em forma primordial, antes que se objetive

na dialética da identificação ao Outro e que a linguagem lhe restitua no universal a sua função de sujeito”. (Lacan, J; 1949, Escritos, Siglo XXI; p 87).

Nesse texto primordial Lacan nos diz da importância da imagem para o homem dizendo “a imagem especular parece ser o limiar do mundo visível, se nos fiarmos na disposição em espelho que apresenta na alucinação e no sonho a imagem do próprio corpo, quer se trate dos seus traços individuais, quer mesmo de suas enfermidades e projeções objetuais, ou a darmos conta do papel do aparelho do espelho nas aparições do duplo, onde realidades psíquicas se manifestam, aliás heterogêneas”. (Lacan, J. 1949, Escritos, Siglo XXI Ed; p 88).

O “Estádio do espelho” é fundamental para a compreensão do conceito de Imaginário em Lacan quando ele nos diz que o Imaginário é compreendido por tudo que se relaciona no homem ao corpo próprio e também na compreensão de “uma dialética social que estrutura como paranóica a consciência humana.....a função do Estádio do espelho revela-se para nós, desde logo, como um caso particular da função da Imagem, que é a de estabelecer uma relação do organismo à sua realidade - ou, como se diz, do Imewelt ao Umwelt”. (ibid,pg 89)

É importante uma compreensão da totalidade do homem através de sua visão especular. Lacan nos diz que esse desenvolvimento é vivido como uma dialética temporal que projeta na história a formação do indivíduo “o estágio do espelho é um drama cujo impulso interno se precipita da insuficiência à antecipação e que para o sujeito apanhado na armadilha da identificação espacial, maquina os fantasmas que se sucedem, de uma imagem retalhada do corpo a uma forma que chamaremos ortopédica de sua totalidade - e à armadura enfim

assumida de uma identidade alienante que vai marcar com a sua estrutura rígida todo o desenvolvimento mental. Assim a ruptura do círculo do Inmewelt ao Umwelt engendra a inesgotável quadratura das averiguações do eu”. (ibid,pg 90).

Sobre aquilo que ocorre no Imaginário com relação à psicose o exemplo mais significativo é visto no caso Schreber, nos fenômenos de duplo, quando ele se reconhece como outra pessoa que não é a mesma que morreu no ano anterior e se diz num determinado momento de sua crise como sendo “um cadáver leproso que carrega outro cadáver leproso”. Em Schreber também vemos a proliferação de seus múltiplos eus, duplos especulares do sujeito, e desses duplos Fleschig é o mais relevante. Ele é um outro especular que se desdobrando em personagens vários dá corpo aos múltiplos eus do sujeito: são os Fleschig-alma, Fleschig-Deus, alma conjunta Von-W-Fleschig, Fleschig superior , Fleschig-médio e um certo Daniel Furchtegott Fleschig cujo nome - um amálgama dos de Schreber e seu médico - atesta com eloquência maior a especularização, captura imaginária onde o eu de Schreber se encontra alienado.

Ocorre então que a preclusão do Nome-do-pai, fenômeno primordial na psicose, ingressa o sujeito em um mar de possíveis significações, não há um significante primordial que organize todos os outros, Calligaris (1989) nos fala do psicótico como estando numa errância simbólica, restando a ele um percurso infinito que o leva a percorrer todos os caminhos.

Na clínica é frequente vermos casos de pacientes que caminham sempre, sem destino, andam as vezes pela cidade inteira até chegar ao consultório do terapeuta - o que ocorre frequentemente na chamada “crise” ou mesmo em pacientes compensados.

Nesse sentido é importante que no lugar de atendimento esses pacientes possam encontrar uma escuta diferenciada, que permita um acolhimento dessa errância, que permita um ponto de basta, de sutura, nessas significações sem destino. É fundamental para esse sujeito que está no “abismo do Real” a constituição de uma metáfora delirante. No texto sobre a “Metáfora Paterna” é bem delimitada a importância da função paterna, nos diz ele “essa questão é o coração do Édipo”(Lacan, J; 1958; A Metáfora Paterna; p 149) O complexo de Édipo está implicado não só na questão estrutural, no que vai determinar se um sujeito vai se tornar psicótico ou não, como também em relação a sua sexuação, à assunção de seu sexo, no que define a virilidade para o homem e a feminização para a mulher. O Édipo está também implicado na questão do Ideal do eu e na relação à realidade, o que já havia sido apontado por M. Klein quando fala sobre a precocidade do termo ternário paterno ao tratar das primeiras fases da criança. E sabemos bem que na psicose é por imagens que está profundamente turvado o campo da realidade.

A função paterna está relacionada à interdição da mãe, o que ocorre por essa relação do pai com a lei de interdição do incesto. Essa lei se exerce por todos os efeitos que no inconsciente causam a interdição da mãe. Uma impossibilidade de que essa função esteja constituída na psicose - o que de forma nenhuma se relaciona com o pai verdadeiro do

sujeito, o pai do paciente pode não ser “normal” mas ser normativo - leva então à forclusão com todos seus efeitos que iniciando no nível imaginário ingressam o sujeito na psicose.

A partir dessa falha simbólica esse sujeito “descarrilhado”, imerso nesse mar de significações, numa verdadeira errância psíquica que por vezes é também física, necessita de um local que o acolha e escute lhe oferecendo opções outras que não a já conhecida “internação”. J. Oury propõe uma fórmula : $L (\text{lugar}) = f (\text{Coletivo}) \times f(\text{Clube})$. Cavalcanti(1993) nos diz então “A função Coletivo tenta possibilitar a existência de vida impedindo que essa seja sufocada pelas tramas repressivas. A função Clube coloca em jogo todas as atividades, relações, trocas ou “institucionalizações”, presentes na instituição. A dimensão de Lugar, o produto dessas duas funções, é fundamental, pois se trata, justamente do que o psicótico não tem - um lugar; ele que está em permanente errância, sem amarrações no simbólico, e com o abismo do real sempre a sua espreita.” (Cavalcanti; M.T., 1992; O Tear das Cinzas, inédito p 204).

A partir dessa proposta de um lugar diferenciado de acolhimento para os pacientes em crise psicótica, toda a questão institucional será discutida a partir de entrevistas feitas com profissionais que trabalham em serviços alternativos de saúde mental atendendo especificamente pacientes psicóticos.

CAPÍTULO 3: Alternativas na abordagem institucional

Saúde não se vende, loucura não se prende
quem tá doente é o sistema social...”(samba de Chacal)

Abordagem institucional: lei e cidadania :

Nesse terceiro capítulo procurarei inserir a questão da abordagem institucional aos pacientes psiquiátricos, buscando respostas para a possibilidade de alternativas às práticas tradicionais que privilegiam a internação na atenção aos psicóticos. Essas práticas que proliferaram nos últimos anos, desumanizando o paciente, têm em seus alicerces uma política mercantilista, que repete, dentro da constituição de mecanismos de poder, estruturas institucionais totalitárias e hierárquicas.

Esse tipo de enfoque desqualifica o paciente psiquiátrico, e se utiliza, principalmente em países como o nosso, de uma situação social que favorece a ausência de direitos a uma certa classe social, que recorre ao manicômio para suprir necessidades básicas como alimentação e moradia.

Essa prática fere profundamente o direito mais elementar de cidadania dos pacientes psiquiátricos, onde toda a questão ética encontra-se implicada. Numa tentativa de modificar essa situação, faz-se necessário que mecanismos de transformação apresentem uma articulação múltipla, com uma intercalação de abordagens de ordem ética, política, social.

A abordagem ética diz respeito ao direito mais elementar que é o resgate da cidadania do paciente psiquiátrico, direito esse desde muito tempo engavetado nos porões da memória de alguns detentores do poder. Para ilustrar essa questão, cito o caso de um paciente, professor de matemática, internado por muitos anos numa clínica particular, que me solicita o resgate de

seus direitos legais de aposentadoria. Ao encaminhar esse problema ao diretor da clínica, ouço como resposta : "cuidado, doutora, o irmão desse paciente é militar e pode não gostar disso..." Esse é apenas um caso, entre os milhares de pacientes, que atualmente fazem o circuito psiquiátrico, passando de uma clínica a outra, muitas vezes sem uma indicação de necessidade de internação, mas estando à mercê de uma conjunção de fatores de ordem social e econômica. Dentro de uma política privatista, como a que prevaleceu no país nos últimos anos, encontramos as portas abertas para o florescimento de situações deste tipo.

Com a finalidade de impedir a perpetuação desse quadro, uma possibilidade de articulação jurídica encontra forma de expressão com a Lei Paulo Delgado, ainda em tramitação no Congresso Nacional. Essa lei dispõe sobre uma "política de extinção dos manicômios com a sua substituição por alternativas assistenciais".(Projeto de Lei 3657, de 1989, do Deputado Federal Paulo Delgado).

Essa medida legislativa apresenta uma articulação com a clínica, quando propõe que as internações, desde sempre colocadas em primeiro plano numa abordagem ao paciente, possam ser paulatinamente substituídas por formas diferenciadas de atendimento. Essas abordagens podem ser tanto ambulatoriais, como atendimento em locais que permitam uma integração do paciente à comunidade, como os lares protegidos, os hospitais-dia, hospitais-noite, as oficinas terapêuticas, os centros de atenção psicossocial.

Segundo Vasconcelos, esse resgate legal dos direitos do paciente psiquiátrico, apresenta alguns pressupostos fundamentais e básicos: "o direito de todos à assistência à saúde

e à saúde mental, associada intrinsecamente à noção de cidadania e direitos sociais em geral”.(Vasconcelos,1992;110). Este é um tópico essencial, levando-se em conta o atual contexto nacional, de tentativa de universalizar a assistência e criar um sistema único e integrado de saúde, em uma conjuntura de crise do Estado e baixos índices de investimento público no setor. Outros tópicos da lei regulamentariam “...a discriminação fundada na presunção ou conhecimento da doença mental; pela garantia do direito de voto aos usuários do serviço de saúde mental, independente da situação de tratamento*; pela garantia do direito de administração dos próprios negócios e bens, bem como direito à guarda e supervisão aos casos de reconhecimento judicial de incapacidade” (ibid, pg 108). Ainda neste tópico, “os direitos de escolher e ter acesso em ambiente privado a um representante legal para proteger seu interesse, e de apelar e rever a classificação de incapaz, garantindo a retenção dos direitos e responsabilidades civis, políticas, sociais e econômicos; direito de apelar contra a hospitalização involuntária; direito de se comunicar com outros dentro e fora das instituições e serviços psiquiátricos e ter acesso aos mesmos meios de comunicação acessíveis à comunidade local, sem censura prévia; direito de ter acesso à dinheiro e de receber/trocar/comprar itens essenciais para a vida diária e recreação; direito de praticar religião ou crença; direito a privacidade; direito de proteção contra a exploração e trabalho forçado, e de ser remunerado, por trabalho realizado em instituições psiquiátricas e de assistência; direito e acesso à ocupação ativa compatível com sua formação social e cultural, bem como treinamento, reabilitação e reintegração a comunidade de origem; direito a apelar contra a hospitalização involuntária; obrigatoriedade de colocar à mostra, em lugar de acesso a todos os usuários e em

todos os tipos de serviços, a legislação contendo os direitos básicos dos clientes dos serviços de saúde mental. Esses direitos formam em parte a base que nortearia a Reforma Psiquiátrica Brasileira “ (Vasconcelos,E.M., 1990:110)² .

Em relação aos processos à nível internacional, no que toca à legislação e aos serviços inovadores no sistema de saúde mental destacamos o projeto que visa uma transição de serviços baseados em hospitais grandes provendo cuidados custodiais, em direção a um leque mais amplo e descentralizado de serviços comunitários, de intervenção em situações de crise, “serviços-dia” e estabelecimentos protegidos.

Esses dois tópicos, tanto a questão ética como a legislativa, são fundamentais para a hipótese que está em discussão nessa dissertação, que é a prioridade no atendimento diferenciado à situações de desencadeamento do surto ou de situações de crise. A importância de um atendimento diferenciado ao paciente em crise se fundamenta numa possibilidade de prevenção, impedindo que uma primeira entrada asilar resulte necessariamente numa internação, com as consequências já previstas de reinternações sucessivas até a cronificação.

² Este ano segundo informações do Jornal CFM os doentes mentais tratados em regime aberto e mesmo os internados em manicômios, votarão normalmente, após terem sido verificados suas condições mínimas pelo médico que faz o acompanhamento.

Da Crise e suas abordagens:

Foucault(1975) ao falar da noção médica de crise discorre sobre a verdade e sua emergência na prática científica onde destaca que “nem tudo é verdadeiro; mas em todo lugar e a todo momento existe uma verdade a ser dita e a ser vista, uma verdade talvez adormecida, mas que no entanto está somente à espera de nosso olhar para aparecer, à espera de nossa mão para ser desvelada. A nós cabe achar a boa perspectiva, o ângulo correto, os instrumentos necessários, pois de qualquer maneira ela está presente aqui e em todo lugar”. (Foucault,M., 1975;113).

Desse modo, a noção médica de crise exemplifica um momento de aparecimento da verdade, ocasião de implementação de estratégias: “a crise, tal como era concebida e exercida, é precisamente o momento em que a natureza profunda da doença sobe à superfície e se deixa ver. É o momento em que o processo doentio, por sua própria energia, se desfaz de seus entraves, se liberta de tudo aquilo que o impedia de completar-se e, de alguma forma, se decide a ser isto e não aquilo, decide o seu futuro - favorável ou desfavorável. Movimento em certo sentido autônomo, mas do qual o médico pode e deve participar. Este deve reunir em torno dela todas as conjunções que lhe são favoráveis e prepará-la, ou seja, invocá-la e suscitá-la. Mas deve também colhê-la como se fosse uma ocasião, nela inserir sua ação terapêutica e combatê-la no dia mais propício...” (ibid, p.114).

A importância da atenção médica à crise, alçada ao lugar de manifestação da verdade, pode ser tomada pela vertente que enfatiza o poder - o poder do médico de produzir a doença - para então através da descrição dos fenômenos, diagnosticar e tratar. Numa interpretação paradoxal do pensamento de Foucault, pensaríamos na apropriação dessa noção, para que, aproveitando esse momento revelador, se busque uma intervenção médica privilegiada, que acolhendo o paciente, possa levá-lo a trilhar caminhos mais satisfatórios, no sentido de um plano terapêutico que proponha alternativas à internação psiquiátrica.

Uma dessas abordagens é aquela proposta pela psiquiatria democrática italiana, que será descrita posteriormente. Há um atendimento privilegiado à crise, que engloba as práticas de prevenção, cura e reabilitação, sendo que tanto o paciente como a comunidade da qual ele faz parte entram nessa dinâmica de cuidados.

A crise é abordada conceitualmente, dentro de um parâmetro social, sendo vista como uma “complexa situação existencial” que também deve ter mecanismos complexos de abordagem. Os pacientes em “situações de crise” segundo Del’Aqua (1988) devem estar localizados dentro de três dos cinco parâmetros especificados, a saber:

- a. Grave sintomatologia psiquiátrica aguda;
- b. Grave ruptura de relação no plano familiar e/ou social;
- c. Recusa dos tratamentos psiquiátricos (remédios, internação, programas terapêuticos). Afirmação da não necessidade do tratamento, porém aceitação do contato;
- d. Recusa obstinada do contato psiquiátrico propriamente dito;

e. Situações de alarme no contexto familiar/e ou social. Incapacidade pessoal de afrontá-las.” (ibid, p.58)

Esses parâmetros, na prática territorial italiana, serviam como critério de internação obrigatória, e eram baseados nas situações de periculosidade social.

Essas situações que demandam uma internação também têm entre os parâmetros que possam delimitá-las, além de toda a compreensão de uma dinâmica social, a importância do diagnóstico. O objetivo desta prática assume o sentido não de rotular pacientes, mas sim de promover uma abordagem ampla que leve em conta a complexidade da crise - que pode ser nesse momento melhor caracterizada em seu aspecto sindrômico. No DSM III cada um dos distúrbios mentais é conceituado como uma síndrome ou padrão psicológico, clinicamente significativo, que ocorre num indivíduo e que está tipicamente associado com um sintoma doloroso (com sofrimento), ou com insuficiência numa ou mais áreas importantes do funcionamento (com incapacidade). A perturbação psíquica está além da relação do indivíduo com o social.

Essa abordagem permitiria não só uma aplicação correta de psicofármacos (em caso de necessidade) como uma prática que tenha a psicanálise como uma de suas orientações. Este é o sentido de implementar uma escuta diferenciada, levando em conta a situação transferencial, que ao invés de uma prática “aos costumes” ou “caiu na rede é peixe” - onde a escuta dos pacientes é quase sempre inexistente - leve a uma trilha diferenciada, nos dando a real dimensão da singularidade de cada um que chega para acolhimento.

Para Castel “o modelo psicossocial prevalece quando a emergência não é vista como restrita a uma perturbação psicopatológica endógena da personalidade, e sim como desequilíbrio entre o sujeito e seu universo social. A emergência surge, assim, como a resposta social, coletiva à mesma, é essa resposta que confere à crise o seu caráter urgente. A “intervenção em crise” tem como objetivo gerir uma situação em que fatores internos (ou sintomas do paciente) e fatores externos (ruptura ou ausência do meio familiar, profissional ou médico) sejam, simultaneamente, levados em conta. O estado de crise é um momento dramático durante o qual um indivíduo ou grupo, família, etc, enfrenta uma situação difícil, vivendo-a como insolúvel e, para sair dela não pode recorrer mais que à reações irracionais, incontroláveis e, com muita frequência catastróficas. A intervenção de um ou vários profissionais deve ser rapidamente eficaz para evitar tais reações, permitindo ao indivíduo valorar de outro modo a situação, fazer uma escolha racional e assumi-la, dando por subentendido que um estado de crise tal, uma vez superado, pode representar um elemento positivo para a evolução do sujeito ou do grupo.” (Linderman, apud Castel, citado por Gomes, M.P.C., 1993;54).

A Reforma Italiana e as questões legais:

Dentro dessa abordagem sobre situações de crise como prioridade básica no atendimento aos pacientes psiquiátricos, a experiência de desinstitucionalização da Reforma Psiquiátrica Italiana é uma das experiências mais bem sucedidas nessa transformação, e têm em Basaglia seu principal mentor. Como nos relata Amarante “a partir da experiência de Gorizia vai sendo constituído um pensamento crítico sobre a instituição psiquiátrica, sua necessidade de reforma e posterior superação, que, pouco a pouco, passa a ser compartilhado e produzido não apenas por aqueles que trabalhavam com Basaglia, mas por um contingente cada vez maior de técnicos, usuários, políticos, lideranças comunitárias e sindicais; pensamento este que é reforçado pelos desdobramentos posteriores ocorridos em Trieste. Experiências semelhantes começam a ser desenvolvidas em outras cidades, como Perugia, Arezzo, Regio-Emília, Parma, entre outras. (Amarante,P.D. e Bezerra,B.J.; 1992;45).

Basaglia redimensionou a prática psiquiátrica vigente na Itália através de medidas concretas que implementaram a abolição da violência imposta aos pacientes, transformando as relações de poder institucional. A respeito dessa “relação institucional” e do “poder médico” ele diz “o doente, pelo próprio fato de estar internado num hospital psiquiátrico, se torna automaticamente um cidadão sem direitos, entregue ao arbítrio do médico e dos enfermeiros, que podem fazer dele o que lhes aprouver, sem qualquer apelação”.(Basaglia,F.;1968;pg 108). Objetivou uma mudança nessa situação através da derrubada de muros, das contenções físicas, de práticas ultrapassadas como eletro-choques, e através de uma nova conceituação da própria ciência, buscando reformular ou criar um novo paradigma científico que modificasse

o conceito de loucura através da contextualização da situação psico-social do louco, que passa a ser visto não mais pelo viés de um “rótulo nosográfico” e sim como “existência-sofrimento do sujeito em relação com o corpo social”.

Sobre essa mudança conceitual que pretende inaugurar um novo paradigma que dê conta da situação do louco em sua complexidade existencial, Amarante pontua (1992) “as ciências, ao pretenderem conhecer a totalidade de seus objetos de conhecimento, acabam por operar um movimento oposto: produzem conceitos e mais conceitos, e não há nada mais redutor do que o conceito. O conceito é sempre redutor da complexidade do fenômeno e, em certos casos, o fenômeno chega a ser reduzido ao conceito de fenômeno. Por esse mesmo motivo o conceito deve ser amplo, genérico e indicativo, ao invés de específico, absolutista e afirmativo. De doença mental para existência-sofrimento, o fenômeno psíquico deixa de ser um mal obscuro que afeta as pessoas e passa a ser um fenômeno complexo, histórico, em estado de não-equilíbrio. Instrumento de reconstrução da complexidade do fenômeno, a existência-sofrimento reorienta o objetivo da psiquiatria, passando da “cura” para a produção de vida, de sociabilidades, de subjetividades. A terapia deixa de ser “entendida como a perseguição da solução-cura” para ser “um conjunto complexo, e também cotidiano e elementar, de estratégias indiretas e mediatas que enfrentam o problema em questão através de um percurso crítico sobre os modos de ser do próprio tratamento. (...) O problema não é a cura (a vida produtiva) mas a produção de vida, de sentido, de sociabilidade, a utilização das formas (dos espaços coletivos) de convivência dispersa”. (Rotelli apud Amarante, 1992:52).

Em relação às situações de crise, Basaglia nos diz que o paradigma nosográfico clássico, que leva em conta aspectos psicopatológicos, apenas serve para aumentar o controle institucional sobre o paciente, que se cristaliza numa posição de objeto, ficando à mercê das práticas tradicionais. Nesse sentido coloca que “a única possibilidade de aproximação e de relação terapêutica no momento, e em praticamente qualquer lugar, se dá a nível do doente mental livre, aquele que escapa do internamento forçado e para o qual a relação com o psiquiatra conserva uma margem de reciprocidade, em estreita correlação com seu poder contratual. Nesse caso o caráter integrante do ato terapêutico é evidente, na recomposição das estruturas e das funções que já entraram em crise mas que ainda não foram definitivamente rompidas com o internamento.” (Basaglia, F. 1985:).

Deve-se restituir a positividade do paciente psiquiátrico através do resgate de sua história, e para Basaglia essa “revolução institucional” é um ato político, após um primeiro ato emocional - após um primeiro olhar humanizador sobre o paciente segue-se um “ato terapêutico” que se revela um “ato político de integração, na medida em que tende a reabsorver, num nível regressivo, uma crise em pleno curso; ou seja, a reabsorver a crise retrocedendo à aceitação daquilo que a provocara.” (ibid; p.113)

Essa mudança no paradigma do conceito de loucura alicerça uma outra mudança, dessa vez concreta, no processo de “desconstrução do manicômio” ou “processo de desinstitucionalização” implementado por Basaglia em Trieste. Esse processo de desconstrução não é uma destruição do hospital psiquiátrico, veiculado por muitos que têm

uma visão ingênua da anti-psiquiatria. Trata-se de superar o manicômio, com a construção de novas abordagens não só ao nível de oferecimento de serviços diferenciados, mas principalmente no sentido de que esses serviços apresentem alternativas ao paciente, proporcionando sua reinserção social, a liberação de sua criatividade, dando valor positivo a suas produções, assimilando diferenças, respeitando diferenças, proporcionando um real acolhimento de subjetividades.

O conceito de “instituição inventada” proposto por Rotelli é bastante ilustrativo dessa possibilidade de criação do novo olhar que passa a considerar “o doente e não a doença” visando um movimento de transformação, onde “a produção de vida e a reconstrução social que são o objetivo e a prática da instituição inventada devem deixar a superfície do olhar clínico, a investigação psicológica e a simples compreensão fenomenológica. Elas devem tornar-se uma rede, engenharia de reconstrução de sentido, de produção de valor, de tempo, se encarregando das situações de sofrimento e opressão, da reinserção no corpo social e do consumo e produção de intercâmbio, de novos papéis, de outros modos de ser para o outro, aos olhos do outro.” (Rotelli, F. 1988:16).

Essa é uma das vertentes do processo de desinstitucionalização, que enfatiza, a partir da mudança paradigmática, uma valorização da emancipação do paciente, como objetivo terapêutico que substitui a cura. Será valorizada a produção, o trabalho do paciente, e nesse sentido é importante o conceito de “empresa social” que será discutido posteriormente.

Vamos então falar sobre a questão legislativa, que reorientou a prática psiquiátrica italiana, a partir das idéias de Basaglia, que estabeleceu uma ligação entre o movimento de luta antimanicomial e as forças políticas organizadas, sendo um dos grandes implementadores dessa lei, - - promulgada e assinada em 1978.

Essa lei têm entre seus pontos fundamentais os seguintes:

- a proibição de construir novos hospitais psiquiátricos e de internar novos pacientes nos já existentes;
- o estabelecimento de serviços territoriais responsáveis pelo atendimento de saúde mental em áreas geográficas determinadas, dotados das estruturas necessárias para prestar assistência psiquiátrica adequada às necessidades da população. Entre estas estruturas, mencionam-se especificamente, os hospitais gerais, nos quais haverá um máximo de 15 leitos desinados ao atendimento de pacientes psiquiátricos;
- a abolição das tutelas jurídicas e do “status” de periculosidade social do doente mental, que passa a ser reconhecido como um cidadão em plena posse de seus direitos civis e sociais.

Nos casos em que seja necessário o tratamento obrigatório previsto pela lei, está prescrito o seguinte:

- o paciente mantém seus direitos pessoais, cuja proteção deve ser assegurada por um juiz;

- o tratamento é decidido pela autoridade sanitária local que designa a responsabilidade da assistência;

- o tratamento obrigatório só está previsto em casos excepcionais, ou seja, quando se tiverem esgotado todas as alternativas possíveis, destacando-se especificamente que sua duração deve ser breve. O tratamento obrigatório não significa necessariamente a internação no hospital geral, podendo ser ministrado no domicílio do paciente.

A Lei 180 em suas propostas radicalmente inovadoras, abriga porém, algumas ambivalências, que mostram sua particularidade em relação ao tratamento obrigatório, pois ao mesmo tempo em que o paciente pode recusar o tratamento, a responsabilidade dos técnicos que lidam com ele alcança uma certa magnitude, que é explicitada por Del'Aqua quando fala sobre a "tomada de responsabilidade"; "...assumir a responsabilidade quer dizer, portanto, assumir a demanda com todo o alcance social conectado ao estado de sofrimento. Este não é desviado burocraticamente em setores separados de competência. O cidadão é acompanhado (apoiado) pelo serviço na rede de instituições da organização social (tribunal, presídio, hospital, assistência social, escola, serviços para os menores, serviço de casas populares, agências de emprego, consultórios familiares, casas de repouso, aposentadoria, etc) que será, por sua vez, ativada "...segundo a necessidade" do paciente. (Del'Aqua, 1988:63). O trabalho local está à mercê de duas instâncias contraditórias: por um lado, deve respeitar as garantias jurídicas e os direitos dos pacientes. Por outro, devemos atender a uma demanda social de forma responsável, respeitando a liberdade do paciente sem esquecer nosso papel

terapêutico. A ética está no horizonte de nosso trabalho, na consciência de nosso papel profissional.

A atenção à prática e suas particularidades pode servir para identificar esse momento de dúvidas em relação a aplicação da lei. No nosso entender, defrontamo-nos às vezes com pacientes que pedem para ser internados em determinada clínica particular (considerada inadequada a nosso ver). O que fazer? Deve-se respeitar o direito desse paciente, que na maioria das vezes apenas não conhece outras abordagens para seu sofrimento, a não ser a já conhecida clínica que tem um tipo de atendimento ultrapassado, ou apontar a ele novos caminhos, novas possibilidades na direção de sua verdadeira emancipação? Essa é uma dúvida com a qual nos deparamos com frequência na prática, sendo que a questão não é internar ou não internar, mas sim, como lidar com essa complexidade dos pacientes que nos chegam.

Essa particularidade da demanda de cada paciente, da necessidade de uma escuta diferenciada a cada um deles é caracterizada por Del'Aqua quando privilegia o conceito de "colóquio singular" de Bonnafé e diz "o colóquio habitualmente é destinado a facilitar a expressão (ou seja, a verbalização) das necessidades subjacentes à demanda; a estimular o confronto entre a situação real de vida do paciente e as suas contradições com respeito a ela; a analisar aquilo que aconteceu com o aparecimento da "doença"; a remeter esta condição ao interior de sua continuidade histórica; a reuní-la à vida "normal" através de uma leitura comum da biografia e dos percursos sociais e vivenciais que precederam a "doença"." (Del'Aqua, 1988:67). Essa forma de abordar a crise, permite uma diminuição da angústia do

paciente e também uma avaliação dos recursos disponíveis que podem ser colocados à disposição dele, enfim, propõe uma conjunção de esforços com finalidade de apontar soluções para minorar o sofrimento tanto da família como do paciente.

Nesse sentido a implementação da lei se articula com a prática, e deve-se ter presente que lidamos com pessoas, com sofrimentos humanos, e nesse ponto concordamos com Rotelli, quando afirma: "... eu penso que o problema das legislações em psiquiatria é um problema permanentemente aberto. É difícil saber se as mudanças em psiquiatria podem ser determinadas por lei ou se são determinadas sobretudo através de modificações culturais, de alterações importantes dos aparatos técnicos, de modificações no campo disciplinar, no campo da cultura popular, no campo da cultura dos profissionais". (Amarante, P.D.;Bezerra,B.J., 1992:96).

Essas alterações dos aparatos técnicos foi fundamental na implementação da Lei 180 na Itália, esse movimento de desinstitucionalização que culminou na Reforma Psiquiátrica, com toda a implantação dos centros territoriais será discutido a seguir.

A Formação dos Serviços Territoriais de Saúde Mental:

A Reforma Psiquiátrica Italiana foi implementada por Basaglia em Trieste através de medidas que promoveram tanto a transformação do Hospital Psiquiátrico de Trieste, como a constituição de uma rede de serviços territoriais alternativos em substituição ao hospital. Rotelli e Del'Aqua descrevem essa substancial transformação, enfatizando o aspecto legal, a interação dos pacientes com a comunidade, a formação da empresa social e a implementação dos centros territoriais.

Com o advento da lei 180/78 alguns pacientes passaram a ter uma internação voluntária, o que possibilitou uma melhora na qualidade de vida e na recuperação de seus direitos civís. No início, a mudança se deu com reuniões cotidianas e assembléias periódicas dos pacientes e do staff, ocorrendo especial atenção à participação dos enfermeiros. Os pacientes foram estimulados a ir à cidade, o que provocou interesse dos cidadãos para o hospital aberto.

Nesse trabalho de reconstrução, a ênfase recaiu sobre o retorno das relações dos pacientes com a comunidade, foi organizado um grupo de convivência (grupo-apartamento) aos internos do hospital e dentro das assembléias a ergoterapia foi muito criticada, enquanto prática repetitiva, não terapêutica e os pacientes reivindicavam um trabalho real com retribuição simbólica. Então essa assembléia organizou um primeiro núcleo de pacientes, que deu vida, em 1973, à primeira cooperativa. Essa associava cerca de 60 pacientes que passaram

a fazer a limpeza da repartição, da cozinha e do parque, e trabalhavam com um contrato sindical regular.

Houve também uma experiência de animação conduzida em 1973, por um grupo de atores, pintores e artistas, onde funcionavam laboratórios de pintura, escultura, teatro e música. Participavam pacientes, estudantes e todos os interessados. Os pacientes também iam à cidade para participar das atividades normais como cinema, teatro, circo, etc.

Paralelamente a um reingresso dos pacientes na comunidade, houve também uma modificação muito importante em relação à localização dos atendimentos, e a cidade foi dividida em territórios, sendo os pacientes atendidos próximo a sua área de moradia, o que facilitou a prática ambulatorial.

No final de 1972, muda-se o critério de organização interna do hospital, que passa de nosográfico para uma organização territorial, sendo os pacientes provenientes de cinco áreas, e o staff passa a ser dividido em cinco equipes que operam numa área de referência bem delimitada. Iniciou-se então o trabalho territorial, que tinha como objetivos principais, a admissão e o sustento dos pacientes em casa, a procura de uma relação operativa com a instituição e a população daquela área de referência e a “tomada de responsabilidade sobre os casos novos”.

Esse trabalho externo causou resistências e sucessivos conflitos, introduzindo a primeira e mais significativa mudança na prática terapêutica, na ordem institucional, hierárquica e administrativa tendo sido de fato escola de formação para enfermeiros e

médicos. Em 1975, haviam 800 pacientes recuperados, e cerca de 1/3 tinham conseguido colocação externa: em casas populares, em apartamentos grupais e nenhum havia sido transferido para outras instituições.

O primeiro centro territorial foi ativado de 1975 a 1977. Se tratava de estrutura disposta inicialmente a atender os pacientes egressos do Hospital Psiquiátrico e sucessivamente aos pacientes em crise. Funcionando como centro de referência diurno, produz uma grande diminuição da população do Hospital Psiquiátrico e a redução do tempo de internação para crises agudas e internações em geral.

Neste momento tudo é muito delicado, pois os técnicos devem por um lado manter a organização institucional e administrativa do Hospital Psiquiátrico, e, por outro, operar para mudar e construir a rede de Serviço Territorial. O máximo de empenho era objetivar a cessação do funcionamento do hospital, e ativar respostas concretas através da rede de serviço territorial. O trabalho territorial e a presença dos operadores na cidade, evidenciaram o quanto os mecanismos burocráticos e administrativos eram parte fundante da definição da crise, da internação psiquiátrica e sobretudo da internação involuntária.

Esse é um ponto muito importante, pois a partir de uma nova definição conceitual de crise, uma outra forma de abordagem pode se dar. Ao pensarmos a crise simplesmente dentro de um critério nosográfico, nosso campo de atuação se torna muito reduzido, enquanto que colocando-a dentro do contexto social, ocorre uma ampliação do campo de trabalho, e torna-se indispensável um trabalho que conte com uma equipe multidisciplinar, onde a atuação dos

técnicos não se restrinja apenas a um local de trabalho circunscrito, podendo se ampliar para fora dos limites institucionais.

Ativou-se então um serviço de atenção 24 horas no Pronto Socorro do Hospital Geral, com o objetivo de filtrar a demanda, dar soluções mais adequadas e menos administrativas às crises e contestar o recurso burocrático à internação forçada. O Centro de Saúde Mental e o staff trabalhavam tendo que assumir, em alternativa ao Hospital Psiquiátrico, as funções próprias do hospital. O Centro de Saúde Mental, que fica aberto 24 horas, é dotado de 8 leitos (média de um para cada 5.000 habitantes) seja tanto para o paciente recuperado no hospital-dia, quanto para os que estão em atividades ambulatoriais e domiciliares; funcionando ainda como um serviço de suporte social.

Em 1980 o Hospital Psiquiátrico cessou definitivamente suas funções, tendo sido ativado próximo ao hospital o Serviço Psiquiátrico de Diagnose e Cura (SPDC), definido como Serviço de Emergência Psiquiátrica, dotado de 8 leitos com um médico psiquiatra e dois enfermeiros de guarda 24 horas. O Serviço de Emergência Psiquiátrica têm função de pronto socorro psiquiátrico, oferecendo consultas próximas ao hospital e filtrando o serviço de saúde mental territorial. A avaliação estatística desse serviço constatou que na prática cerca de um terço das pessoas que chegam, resolvem seus problemas (conflitos, distúrbios de comportamento, ansiedade) e na primeira consulta voltam para casa, a quem se aconselha como referência o médico de família; um outro terço mostra ter necessidade de ajuda psiquiátrica maior, de referenciar-se ao CSM onde teve contato; e a última parte assinala um

sofrimento psiquiátrico forte, funcionamento social comprometido e problemas de relacionamento, e em consequência permanece em observação, após ter recebido uma primeira orientação diagnóstica no CSM da área urbana de proveniência.

No curso dos últimos dez anos foram desenvolvidas atividades reabilitadoras, de formação e de treinamento em um trabalho do qual participam os pacientes do Centro de Saúde Mental. Merecem referência aqueles que constituem lugares específicos para atividades recreativas e formadoras como laboratório de atividade expressiva (teatro, pintura, etc); cursos de alfabetização e escolaridade; e sobretudo é desenvolvido um projeto de qualificação e inserção nessas funções através da constituição de uma cooperativa de trabalho com essa finalidade.

Após dez anos Trieste vive sem hospital psiquiátrico. O número de pessoas que se refere ao Serviço no curso de um ano é da ordem de 10/1000 da população. Não é apreciável o recurso à estrutura privada já que não é muito desenvolvido o setor da psiquiatria mercantil.

Em relação à cronicidade, produzida constantemente pela internação e pelo uso rotineiro do asilo hospitalar, houve um evidente declínio a partir do deslocamento da intervenção terapêutica para o território. Muitas pesquisas conduzidas sobre esta questão demonstraram uma diferença líquida no decurso e no êxito, especialmente para a patologia mais grave (esquizofrenia), em que os pacientes que adoeceram antes de 1970 e suportaram longas internações no Hospital Psiquiátrico passaram a ter contato com o serviço nos anos sucessivos.

O número de internações, de recaída e o tempo de internação se reduziu no Hospital Psiquiátrico. As oportunidades terapêuticas em termos de espaço, tempo, singularização do programa, ativação e envolvimento da rede familiar e social, do percurso formador e da habilitação no trabalho produtivo, aumentaram significativamente. Em 1971, o único lugar de trabalho era o manicômio; em 1992, podemos contar cerca de 62 lugares de trabalho nos centros de saúde mental, nas guardas psiquiátricas, nas cooperativas, nos grupos de apartamentos assistidos, nos laboratórios, etc. Atualmente não se registra pedido de internação por parte da família.

Foi avaliado em numerosos trabalhos epidemiológicos que o afrontamento não burocrático e administrativo da crise, exterior ao modelo médico, tende a reduzir, ou mesmo inutilizar, o recurso à internação, a favorecer um estabelecimento mais rápido de condições de equilíbrio, a diminuir o potencial de recaídas e a fazer de modo com que a crise seja um evento que faz parte da história da pessoa e enfim, a ativar e dinamizar recursos e vínculos para a própria pessoa atravessar a crise que se desvela. Entendemos que referir-se à atitude e estilo operativo próprios de um serviço territorial (orientação social) significa uma possibilidade de distanciamento do modelo clínico (orientação clínica). O estilo de trabalho que se concretizou dispõe de um serviço que visa estar com o paciente; valorizar a rede de relações sociais; insistir sobre a qualidade e sobre a habilidade das pessoas e não definir protocolo e tempo de internação rígidos; prestar a máxima atenção ao projetar e manter elevada a qualidade do espaço. No curso dos últimos cinco anos estabeleceu-se estruturalmente dois programas que tem o paciente como protagonista; um grupo de “self-help” que atua com

um grupo de jovens em associação com sede própria (fora do departamento de saúde mental) que se chama “fuori-c’entro”; e um programa de informação e de organização de ajuda recíproca para os familiares. Estes dois programas, formam a cooperativa social dando o sentido de participação e da nova importância dos pacientes no serviço.

Esse é o tripé constituído pela empresa social, self-help e participação dos familiares, que formam os indicadores que restituem a tensão do serviço e que operam para a constituição da nova instituição de saúde mental.

O percurso de transformação deve fazer emergir e atribuir valor à diversidade; deve-se agora reconhecer a pessoa e sua história e não a história da doença e da instituição; a capacidade anterior de afeto e a subjetividade individual e não a inabilidade e o limite conhecido da doença. Só com esse tipo de serviço proposto à cura, podemos tentar estabelecer uma relação de reciprocidade entre os moradores da cidade e os pacientes; negociar a relação terapêutica sobre uma base de paridade; reduzir em definitivo a verticalidade hierárquica da distância.

O trabalho no território pode assumir um valor de transformação de tipo científico, ético e político se é desenvolvido um conhecimento sobre o mecanismo de construção da demanda psiquiátrica; se opera um controle sobre esta; se reconhece a montagem institucional da crise, da doença, da cronicidade; se assume um movimento de curiosidade e pesquisa sobre a cultura e a história daquele território e se participa dos conflitos e problemáticas de maior

alarme social; se intervêm, enfim, para determinar a perspectiva administrativa e a política de mudança para a saúde mental.

A questão da responsabilidade do psiquiatra quando trabalha numa instituição fechada também é muito importante, pois a possibilidade de controle social está sempre presente nesse momento. Os psiquiatras devem descobrir o outro lado do trabalho, através de sua vocação terapêutica, e dessa forma refutar o controle social. A reelaboração na prática do exercício de responsabilidade pode fundamentar a capacidade de jogar com o controle social e a função terapêutica. A presença de um tipo de prática como essa no território tende a constituir um tipo de responsabilidade objetiva, que nasce da interação/presença com os pacientes, a estória e o conflito no território mesmo.

A presença responsável na comunidade portanto não só alarga o patrimônio de conhecimento, como torna a intervenção mais eficaz e melhora a qualidade do tratamento no processo de formação/montagem da crise, permitindo uma intervenção primária. Essa é uma questão fundamental, pois confirma tudo o que dissemos anteriormente sobre o papel do médico, enquanto detentor de um poder. A atenção a esse ponto é primordial, principalmente se tratando de pacientes que vem ao atendimento numa situação de crise, geralmente com as famílias, sendo que é desse primeiro contato que toda expectativa de mudança se opera.

O conceito de empresa social

Passaremos a abordar o tema “empresa social” a partir da conceituação proposta por Rotelli “fare imprese, anzi intraprese, che producano il sociale”, isto é, empreender, criar valores sociais. O fascínio da empresa está em empreender, como um Robinson Crusóé futurista. (Rotelli, F.; Leonardis, O.; Mauri, D.; 1994:11). A empresa social parte de saída do fato de que encontramos um “campo social” mal administrado, desqualificado; e uma assistência social miserável e desperdiçada ao mesmo tempo. A empresa social deriva do fato de que se pode fazer uma assistência social que seja empreendedora, investindo sobre seu único capital que é a pessoa, dando crédito à pessoa, reconhecendo suas capacidades. Rotelli enfatiza também a importância do habitat em que a pessoa vive, dos lugares em que se cura, se promove, se constrói a qualidade do habitat social.

Quando falamos de empresa social, diz Rotelli “o que está em questão é sobretudo um muro, um muro que drasticamente separou dois mundos, e cuja polarização é hoje um perigo dos mais graves; o mundo da produção e aquele da assistência, o Estado e o mercado. O interesse econômico e a justiça social, a lei férrea da economia e o seu custo social. A empresa social aproxima estes dois mundos: é em nome de experiências, idéias, estratégias que trabalhamos sobre esta separação para transformá-la em um espaço - um espaço de limites - no qual os dois mundos interajam, trocando razões, recursos, linguagem; se contaminando reciprocamente... Será agora uma mudança da “utopia do factível” a uma “prática da

utopia”, uma “possibilidade real”, uma aposta na qual se jogam todos os dias pessoas de carne e osso...” (Rotelli, 1994:16).

Esse conceito de empresa social é muito interessante, pois sendo o Brasil um país que cronicamente sofre com os altos índices de desemprego, em que por vezes a própria mão-de-obra qualificada não encontra chances de trabalhar, qual pode ser a verdadeira situação do paciente psiquiátrico? Frequentemente na prática a interação entre tratamento psiquiátrico e emprego fixo não é viável; os pacientes temem a demissão ao relatar seus problemas ao patrão, não conseguem conciliar trabalho e tratamento, o que leva à reincidências da doença, e impossibilidades contínuas até a já conhecida saída previdenciária. Ilustrando esse fato, uma amiga me liga com a demanda:- “você poderia atender meu irmão? ele teve uma “psicose persecutória”, foi internado, mas já saiu de alta e não consigo um atendimento psicoterápico para ele, pois nessa época do ano não existem vagas. E além do mais foi demitido do serviço, após ter sido internado.” Essa situação extremamente comum, nos coloca frente a um desrespeito dos mais graves. É a discriminação em relação ao trabalho, direito fundamental de todo cidadão. Qual via, qual caminho a seguir nesse momento? A legislação é um caminho possível, delimitando o direito de trabalho ao paciente psiquiátrico. Outra vertente de encaminhamento dessa situação, é a implementação da “empresa social”. Essa é uma saída que deu certo na Itália, país desenvolvido, primeiro mundo. Creio que caminhos semelhantes podem ser trilhados por aqui - modelos que subvertam a discriminação, inaugurando um novo horizonte. Com o propósito de embasar melhor esse assunto, as experiências desenvolvidas nas várias instituições pesquisadas serão relatadas posteriormente.

Rotelli (1994) destaca que em relação ao conceito de “trabalho” uma reformulação é necessária, pois deve ser “separado de conceituações tais como a ergoterapia, comum nas instituições totais, em que o trabalho é um “ritual de subordinação”, dos “trabalhos paralisantes” dos laboratórios protegidos, que servem apenas para passar o tempo e infantilizam o paciente; do “trabalho-prêmio” pelo que se faz; do “trabalho-pedagógico” etc.

A diferença entre empresa social e trabalho assistido se dá em três vertentes diferentes. A primeira distinção está na natureza e significado do trabalho, as diversas formas do trabalho assistido estão agora mais fortemente marcadas pela ideologia, pela ética do trabalho: o trabalho é visto como valor em si, cifra do valor da pessoa. Prefere-se falar não de trabalho, mas sim de atividade. Pode-se trabalhar muito ou pouco, pode-se obter prazer do salário ou do produto, pode-se aspirar a um outro trabalho, porém o sentido do trabalho é diverso. Fala-se de atividade porque mais que o logos (a racionalidade do interesse) e mais que o ethos (a justificação moral) do trabalho, se valoriza o pathos, isto é o gosto, a tensão e o prazer de fazer. Além da motivação material (o lucro), além da motivação moral (o dever), conta a motivação estética, a dimensão sensível da atividade.

Uma segunda diferença distintiva da empresa social está no papel do trabalho na assistência. Para falar de empresa social não basta que um serviço - por exemplo para toxicodependentes - amplie o arco de suas prestações de serviço fornecendo a alguns pacientes espaço de reabilitação, delegando um técnico para ocupar-se do caso de inserção no trabalho. Somente isso não é o bastante, na empresa social o trabalho não é um campo para alargar a oferta de serviços, e sim uma direção para transformar o serviço mesmo, ou melhor, para

transformar o estatuto da relação entre técnicos e pacientes, entre assistentes e assistidos. Deve-se trabalhar com o paciente - o nosso trabalho profissional consiste em empreender com os pacientes uma atividade. Sobretudo uma atividade produtiva, onde se trata de decidir um projeto, de inventar a linha do produto, de pôr as mãos na massa, de confeccionar e comercializar, de encontrar capital, etc. Fala-se de empresa social quando um enfermeiro local é presidente de uma cooperativa; quando um psicólogo de um serviço de tóxico-dependentes implanta uma rádio local, quando um psiquiatra planta árvores no parque local. Não há confusão de papeis, nem desprofissionalização. As relações de ajuda e cura se multiplicam sobre a escolha que se faz, sobre os materiais que se tocam, sobre os riscos, sobre erros e sucessos, sobre o sonho e o medo...um pouco mais sobre a vida real, porque restitui riqueza a esta última e razão de ser daquelas relações.”(Rotelli, *ibid*:32)

Uma terceira diferença distintiva da empresa social consiste no papel do trabalho de construir solidariedade. Para falar de empresa social não basta que se faça do trabalho a razão de ser e o princípio organizador de uma assistência alternativa ao serviço. O que deve se levar em conta é a cooperativa de solidariedade, a luta pela inserção profissional de pessoas marginalizadas, onde conta muito o sentido de competência, a solidariedade interna, o compartilhar de um projeto comum. Não devemos de fato diminuir o valor e a importância deste conjunto de fatores, dos recursos dos voluntários e da solidariedade que a cooperativa reconhece. Assim se trata de um terreno fundamental de cultura para a estratégia da empresa social.

Del'Aqua observa sobre essa ação estratégica da empresa social que é fundamental o resgate da cidadania do paciente psiquiátrico, essa ação sobre o direito de cidadania passa através da aquisição de direitos sociais, que é uma questão de plenos recursos e o emprego destes para possibilitar seu acesso ao lugar de cidadão. Esse conceito vêm de Aristóteles que diz que "cidadão é aquele que tem uma parte legal na autoridade deliberativa e na autoridade judiciária da cidade." (Aristóteles, A Política, Atena Ed, 1960:pg 98)

Atualmente a luta pelos direitos corre paralela a uma luta de classes, e atualmente os direitos mais básicos são negados à grande maioria da população, como os direitos à saúde e educação públicas, a exprimir opiniões, a ter acesso à moradia, a ativar sua própria imagem. O resgate desses direitos mais básicos passa necessariamente pela legislação, no caso, pela legislação que protege os doentes mentais, e é com o objetivo de implementar esses direitos que a empresa social se faz presente.

Uma das ações da empresa social, tal como pontua Del'Aqua (1994) é a de identificar os obstáculos que impedem o uso desses recursos, como por exemplo, os recursos sociais e culturais de cada operador. Se faz necessário identificar tudo o que impede o uso desses recursos, como por exemplo barreiras institucionais (passividade dos técnicos, questões salariais, excesso de competitividade). Deve-se identificar e valorizar os recursos individuais e os recursos que estão no interior do sujeito. Deve-se identificar o sujeito como recurso real. Esse é um ponto muito importante pois os processos no campo da psiquiatria são perda,

incapacidade, subtração de recursos. Todos os recursos como auto-ajuda, reforçam a imagem do usuário, possibilitando ao sujeito participar desse processo de transformação.

A capacidade de acesso ao direito de cidadania passa por um processo de formação e informação, envolvendo o usuário complexo, assim como todos aqueles que tenham a ver com a questão da reabilitação; os familiares; o circuito da escola; o curso de formação profissional; a estrutura da cidade; o processo de formação para os técnicos e os serviços. O principal desse processo pode ser definido como autonomia pessoal, e a consequente ativação das habilidades sociais, com a obtenção de cota de poder e capacidade de exprimir seu próprio ponto de vista.

A Psicoterapia Institucional Francesa

Pretendo dissertar um pouco sobre esse tipo de psicoterapia, pois, apesar de não haver uma especificidade em relação ao atendimento de pacientes em crise, a abordagem institucional da psicose é singular, sendo amplamente utilizada nas instituições em que realizei as entrevistas. Nesses locais, em sua maioria, o trabalho realizado têm como característica o fato de não se enquadrar em um modelo predeterminado, e sim de apresentar mutações, de acordo com a demanda tanto dos pacientes - e do potencial criativo de cada um envolvido no trabalho - quanto dos técnicos.

J. Oury define a psicoterapia institucional como "...a utilização daquilo que está lá enquanto estrutura sistemas, estratégias, interrelações, espaços arquitetônicos, hierarquias de poder, lucros, saberes refratários, conflitos, ideologias, etc. (em uma palavra: "o Estabelecimento psiquiátrico") dentro de um vetor essencialmente psicoterápico (incluindo toda técnica biológica ou social)". (Oury,J., 1976:233).

Uma das principais características de quase todas as instituições pesquisadas é a de apresentar uma interrelação entre a psiquiatria e a psicanálise; "...não podemos ser psiquiatras sem sermos psicanalistas. O contrário não deve ser dito de forma alguma, porque não é verdade " (Oury,J. apud Cavalcanti ,M.T.,1992:188).

Dentro de uma abordagem da psicoterapia institucional por J. Oury (1976) um de seus conceitos fundamentais é o de "acolhimento" que diz respeito às estratégias que podem ser usadas com pacientes que nos chegam trazendo uma demanda de cuidados. Este acolhimento é uma função complexa, que deve nos mostrar aquele ponto principal, dentro da história e dos investimentos do indivíduo, o que determinará se ele permanecerá ou não, se será absorvido ou não pela instituição. Não se trata de reduzir o atendimento a uma questão puramente social, mas sim de que a demanda passa justamente por outro lugar.

Outra noção muito importante no contexto desse conceito de "acolhimento" é o do Encontro. Cavalcanti pontua que "o Encontro é a ferramenta maior com que trabalhamos" (Cavalcanti, 1992:196) e se articula com as noções de transferência e Desejo - outras duas ferramentas essenciais. O conceito de Coletivo também é elaborado por Oury para tentar dar

conta da singularidade de cada paciente, não sendo confundido nem com o estabelecimento, nem com a instituição. Ele é antes uma máquina abstrata, muito complexa, com uma série de funções, entre as quais a principal talvez seja a diacrítica, função de distinção. É algo que “coloca em funcionamento alguma coisa que, num meio amorfo, praticamente inerte e muito misturado, possibilite algum tipo de distinção, de diferenciação, de remoção de êtase...de interpretação “. Trata-se de uma “máquina para tratar da alienação” seja ela social ou psicótica. (Cavalcanti, 1992:197).

Ainda segundo J. Oury “...o Coletivo se apresenta como um sistema de signos, ele é falante, existe lá um conjunto de pessoas que vivem, e isso é da ordem da linguagem ...o conjunto significativo do Coletivo se articula com cada um dos sujeitos que estão lá; e aí está o efeito patoplástico; que uma psicoterapia deve visar , a articulação do sujeito ao significativo do Coletivo.” (Oury,J., 1976:177).

Em relação às transferências, “elas são múltiplas, existe um tipo de cartografia dos investimentos transferenciais; este conjunto intervém, através dos sistemas de defesa muito variáveis entre os indivíduos e os grupos, através da Demanda. Isto faz parte do que chamamos o efeito patoplástico das pressões alienantes. Dizemos que há uma dialética entre a estrutura do Coletivo e o estilo das Demandas, das pulsões. Nós dizemos sobretudo que o Desejo é ex-istente, não dialetisável, entretanto a maneira como a Demanda será dialetisável dentro do Coletivo, condiciona as zonas de aparecimento do Desejo. Esta dialética age sobre o modo de manifestação dos sujeitos e de sua articulação significativa.” (ibid:179)

A importância da reformulação dos conceitos de transferência, desejo, demanda, encontro, numa relação com os psicóticos, aponta para um redimensionamento do próprio setting institucional. Dentro de uma abordagem diferenciada a articulação transferencial de um determinado paciente se dá com vários técnicos, impedindo uma hierarquização e “cristalização transferencial”, possibilitando a abertura das relações interpessoais. Essa abertura permite que os encontros dentro da instituição sejam produtivos, conduzindo à emergência de subjetividades e da palavra viva.

A essência da psicoterapia institucional, assinala J.Oury, está em “introduzir aquilo que nós chamamos as mediações. Estas mediações abrem as relações binárias (importância das técnicas dos Clubes terapêuticos, da organização dos encontros, das mudanças, etc) na direção de uma outra coisa que não seja uma especularidade imaginária, que não está escondida por essa especularidade mas que entretanto a funda: uma dimensão simbólica.”(ibid:180).

Esta dimensão simbólica pode ser introduzida pelas relações que se promovem dentro da instituição. São os efeitos da subjetividade de cada indivíduo que formam a trama da sua existência cotidiana, indexando conflitos, reações, investimentos e sentimentos de toda pessoa dentro de seu campo de trabalho. Deve-se permitir a cada sujeito uma maneira particular e especial de lidar com sua própria situação, montando sua equação pessoal.

Portanto a questão é uma atenção especial a esse Coletivo de cuidados, pois não se pode segundo H.Simon “cuidar dos indivíduos de um coletividade, sem cuidar da coletividade

mesma” e para isso são necessários alguns pressupostos institucionais como as escalas graduais de responsabilidades, gamas de atividades variáveis, e outras que formam a estrutura do Coletivo.

Outra função importante dentro do Coletivo é a “função de transversalidade” que forma os tecidos institucionais, permitindo uma subversão na verticalidade hierárquica, inaugurando um “leque de opções” aos pacientes, no sentido de permitir a criação de múltiplos relacionamentos, com várias pessoas, dentro da instituição.

J.Oury sugere que a estrutura do Coletivo seria como um poema, comparando seu conjunto a um contexto, no sentido linguístico do termo sendo que esse poema pode ser analisado de forma semântica, o que nos faz visualizar as regras de interpretação como as mensagens sintáticas, as transferências gramaticais, as mensagens de estilo, etc. Nessa linha o trabalho é visto como algo a ser decifrado. Os efeitos de sentido virão da configuração do significante local e do que aparece das articulações sintáticas dos diversos papéis institucionais: reuniões, palavra circulante, gestos significativos, atmosfera mais ou menos perturbada. Essa noção de contexto pode enriquecer nosso “plano comunicativo” importante para estabelecer uma relação com os psicóticos. É fundamental a formação de um ambiente propício no tratamento dos pacientes.

Uma questão emergente nesse trabalho com os psicóticos é a hora certa de interpretar. Se existe uma possibilidade de que esse momento se dê fora do setting analítico, J. Oury a esse respeito assinala que ele pode ocorrer durante o passar do dia, em que tal

paciente se dê conta de um aspecto de sua sintomatologia. Esse momento pode ocorrer fora da análise, como num passeio, num atelier, ou numa simples conversa a propósito de qualquer coisa. Em todas essas situações se verifica um efeito semântico.

Oury nos diz que isso que ocorre dentro das instituições pode ser comparado àquilo que no estudo das linguagens artificiais, se situa entre o plano semântico e o sintático. Esta abordagem morfo-fonemática seria útil dentro da instituição para identificar o papel do calculador semântico ou do avaliador. Do mesmo jeito o estudo das relações entre o grau necessário de redundância de certas reuniões e a função dita de palavra viva. Ou seja, a repetição de um modelo discursivo padronizado, impede a emergência da palavra criadora de subjetividades.

Importante também para ele é o tipo de investimento profissional de cada um dentro da instituição, esse é um tipo de investimento sublimatório, que faz com que cada um exista a partir de seus investimentos desejantes. A noção de fantasia sublimatória é apontada nesse momento quando J.Oury cita Lacan: “a sublimação é a alienação do desejo na linguagem e no trabalho” (Oury, J. 1976:184), sendo o objeto do desejo substituído, dentro da lógica do fantasma pela Coisa - das Ding. Nesse caso trata-se de colocar dentro do nosso trabalho cotidiano, uma dimensão do Ideal do Eu que necessita de todo um desenvolvimento institucional para se posicionar.

As instituições hierárquicas, que criam situações de dependência impedem essa utilização do Ideal do eu. Enfim a psicoterapia institucional, dentro dos estabelecimentos,

encontra enormes dificuldades porque esses estabelecimentos estão presos globalmente em um sistema de alienação; a Coisa, que poderia lhes dar um sentido, está longe.

Uma outra expressão interessante de J.Oury é o “colorido pático” ou “sentimentos páticos”, em fenomenologia chamada de “sentimentos vitais”. Esse colorido diz respeito à atmosfera do ambiente, ao que experimentamos, que faz parte do plano empírico.(Cavalcanti, 1992). Porém, para que essa experiência obtenha êxito é necessário que haja uma articulação significativa, no plano transcendental. O investimento dos pacientes psicóticos necessita dessa malha significativa, da diversidade dos lugares, que está principalmente ancorada na função diacrítica do Coletivo. Essa função diacrítica é a que permite delimitar espaços, separar os acontecimentos, enfim, perceber as diferenças, funcionando como um operador de singularidades, buscando fazer com que ocorra a emergência de um dizer singular, produtor de criatividade.

Alternativas no Grande Rio: engenho e arte

Finalmente tratarei do trabalho institucional, a partir das entrevistas realizadas nas instituições que atendem pacientes psicóticos. A escolha de um trabalho institucional se deu pelo próprio tema da dissertação, que se refere a questão relacionada à possibilidade de que um primeiro atendimento ao paciente psicótico não resulte necessariamente em uma

internação. Com a intenção de perceber novas abordagens nesse sentido, que possam servir para transformar essa prática vigente, passarei à descrição das entrevistas até então realizadas.

Escolhemos dentro das inúmeras instituições existentes no Grande Rio, quatro representativas dos novos modelos de atendimento. Em Niterói entrevistamos Tânia Marins, coordenadora do Hospital-dia do Hepq Jurujuba e Maria Luiza da Silva Cunha, coordenadora da Oficina Terapêutica do Centro de Saúde Carlos Antonio da Silva. No Rio de Janeiro; Claudia Corbisier, coordenadora da RIP - Recepção Integrada do Hospital P.Pinel e Marco Aurélio Soares Jorge, da Casa d' Engenho, no Hospital do Engenho de Dentro. A partir dessas entrevistas e da abordagem anterior sobre a prática institucional, procuraremos traçar um panorama dos pontos fundamentais dessa nova prática com os pacientes psiquiátricos.

A questão fundamental que se destaca em todas as entrevistas diz respeito ao resgate da cidadania do paciente, através de propostas novas, humanizadoras, diferenciadas de atendimento, respeitando subjetividades. O que seria então esse resgate da cidadania? Para iniciar, vamos entender o significado da palavra a partir de sua definição aristotélica. "Cidadão é aquele que têm uma parte legal na autoridade deliberativa e na autoridade judiciária da cidade". Esse direito de deliberar, com o atraso em que vivemos atualmente no Brasil, está longe do cidadão comum, imagine dos doentes mentais! Uma das tentativas de fazer valer os direitos está na legislação através do projeto de Lei Paulo Delgado, já citado, que dispõe sobre estruturas alternativas à internação e sobre o direito do paciente optar sobre as

formas de tratamento, de escolher entre formas diversas, aquela que melhor lhe aprouver em sua busca de alívio para o sofrimento psíquico.

Uma experiência muito interessante e digna de nota está sendo realizada no Centro Psiquiátrico Pedro II e nos foi relatada por seu diretor Marco Aurélio Soares Jorge.

A experiência da Casa d'Engenho

Na Casa do Engenho foi implantado um serviço de atendimento aos pacientes em primeiro surto ou em sua primeira crise psicótica. Marco Aurélio nos relata que ao ser chamado para trabalhar como psiquiatra e coordenador da Casa d'Engenho, encontrava-se na direção do Pronto Socorro Psiquiátrico do CPPII - Centro Psiquiátrico Pedro II. Vinha desenvolvendo um trabalho com a enfermaria de crise, ou enfermaria de curta permanência, onde os pacientes ou permanecem por 72 horas, sendo posteriormente transferidos para a internação, ou recebem alta e vão para o ambulatório. Segundo seu relato, o que se percebeu é que "... nesse momento houve uma diferença no trabalho com o paciente em reinternação e com o paciente em primeira vez. Foi feito um levantamento de todas as situações de internação no Pronto-Socorro (40/50% dos prontuários). Nesse levantamento foram priorizados os seguintes critérios: queixa principal, em geral fornecida pela família; meio de transporte do paciente ao hospital, se vinha com a família ou de ambulância, com os bombeiros ou sozinho; diagnóstico; sexo; estado civil. Desse levantamento o que se percebeu foi que 76% eram reinternações e 24% primeira internação em hospital psiquiátrico, não se

conseguindo identificar se a internação havia ocorrido pela primeira vez na vida ou primeira vez na instituição. Com essas taxas altas de reinternação, conclui-se pela não-aceitação desse modelo de internação como resolutivo, percebendo-se que a internação não promove a recuperação do paciente. Percebe-se então uma importante diferença em relação à queixa principal - no paciente com várias internações a queixa estaria muito mais ligada à alterações do comportamento como heteroagressividade, fuga de casa, distúrbios do sono como insônia, enquanto no atendimento aos pacientes em primeira vez percebe-se uma importância maior em relação aos distúrbios da sensopercepção - como alucinações; ou do pensamento - como no caso do delírio”.

A queixa principal é um conceito médico, fundamental na anamnese psiquiátrica clássica. Essa pesquisa evidencia tanto uma situação do paciente dentro de seu meio familiar, como um panorama da evolução de sua doença. No início o delírio, essa produção absolutamente fantástica e quase exclusiva da psicose faz toda a diferença vir à tona, por uma impossibilidade de situar-se dentro do registro da “normalidade vigente” - a internação é vista como uma saída possível. Por outro lado, num momento posterior essa diferença sendo abrandada (em relação ao delírio), o que incomoda é a cronificação e toda uma sintomatologia residual, consequência da forma arcaica de tratamento, que objetiva a supressão da sintomatologia, reinternando sucessivamente o paciente, até um estado de incapacidade produtiva, caracterizado por essa apato-abulia tão comum nos pacientes crônicos.

Para Marco Aurélio o que emerge dessa observação dos prontuários é a percepção do interesse maior da família no início do tratamento do paciente, “a questão que se coloca é a da “instituição psiquiatria”, em que parece que o único caminho para tratar a doença mental é a internação. E na verdade a família numa primeira vez vem muito mais pedir ajuda do que realmente internar o paciente. É na própria instituição que a família aprende o caminho da internação. Esse é na verdade um discurso hegemônico que é capturado pela família. A família aprende o que a sociedade ensina. Na verdade a internação não trata, apenas isola. Se o indivíduo é depositário da loucura, dentro de sua própria família, estamos empossando ele como depositário. Então na verdade o modelo institucional é muito mais iatrogênico do que um espaço de tratamento. Na verdade só serve para segregar o indivíduo do que reintegrá-lo e tratá-lo no meio social.” E continua discutindo as relações entre a internação e todo um discurso médico que a favorece: “a partir dessa visão de um modelo de tratamento como a internação que não é eficaz para todos os casos; sabendo que é a instituição que produz o discurso, que na verdade é capturado pela família, o discurso da internação. Percebemos então, que esse modelo institucional, burocratizado, fechado, não serve para tratamento, a questão que se coloca é : o que oferecer a essas famílias que vem em busca de atendimento?

Pensando nisso resolveu-se criar no CPPII o Centro Intermediário de Atenção à Crise, que atua intermediando a instituição/internação e a comunidade/família. A sigla é CIAC mas o nome mesmo é Casa d’Engenho, e engenho é uma palavra que significa: produzido pela mente, pelo gênio. O trabalho da casa tem então uma característica que combina com seu nome, pois é um modelo de serviço que não é muito modelo, pois tem a

peculiaridade de ser mutante, de se adaptar às situações que aparecem e poder transformá-las, criando estratégias de tratamento do indivíduo dentro da situação que é vivida por cada um, não se trata de um pacote pronto, uma instituição prêt-a-porter, já pronta.

Em relação ao trabalho na Casa d'Engenho estar baseado na psiquiatria italiana, nas idéias de Basaglia, Marco Aurélio nos diz “tem a ver com o modelo italiano, mas não é possível copiar o modelo. O Brasil é um país em desenvolvimento, um país grande, com conflitos sociais muito graves, uma situação econômica complicada, o paciente não tem dinheiro para pagar a passagem de ônibus e vir até aqui, são situações graves. Então não dá para pegar o modelo italiano e importar para cá, temos que ver o que podemos aprender com a experiência deles e quais contribuições podem existir para a nossa experiência aqui, sendo que sofremos influências dos italianos, dos franceses como de J.Oury, Guatarri e também dos ingleses, da experiência com as comunidades terapêuticas.”

As estratégias institucionais serão traçadas também de acordo com o Desejo de cada um, e a prática vai se dar de acordo com as estratégias. Para Marco Aurélio os técnicos da instituição serão “estrategistas permanentes”.

É importante ressaltar que a equipe de atendimento da Casa d'Engenho tem a peculiaridade de ser transdisciplinar, o que, para além da multidisciplinaridade leva a uma dissolução na hierarquia de trabalho, impedindo um estancamento dos papéis de cada profissional, atrelando-se o trabalho muito mais ao Desejo, à implicação individual de cada um e permitindo um intercâmbio de papéis entre os profissionais.

A situação da equipe também é fundamental para Marco Aurélio “a equipe têm profissionais, estagiários, administrador, pessoal de limpeza. Todo mundo em princípio é estagiário aqui, todos estão aprendendo”.

Em relação aos encaminhamentos, os pacientes vêm geralmente da TRIM - Triagem Integrada Multiprofissional, onde funciona a emergência daqui, mas também o Pronto Socorro, a enfermaria de crise e o ambulatório podem encaminhar os pacientes. A demanda é preferencialmente de pacientes em primeiro surto, primeiro atendimento, e os pacientes são psicóticos ou neuróticos graves, geralmente um quadro agudo, jovem, qualquer idade a partir dos 18 anos. Recebemos também os pacientes que já passaram por aqui, após uma internação e eventual passagem pelo ambulatório. Esse paciente fica referenciado à Casa d’Engenho após um primeiro acolhimento.

Em relação ao sucesso nesse tipo de atendimento, ele nos diz “estamos sendo terapêuticos com a instituição, estamos bloqueando a criação dos novos crônicos.” Exemplifica citando uma paciente que dizia “eu sou doente dos nervos, os loucos estão lá na internação” . Nesse sentido o conceito de “louco” está vinculado aquele personagem institucionalizado. A loucura é outra coisa, louco é aquele que está lá trancado.”

Em relação ao programa terapêutico não existe uma terapêutica específica para cada paciente, porque a idéia é criar uma grupalidade entre eles, um “esprit de corps”. Marco Aurélio dá um exemplo : “agora mesmo tinha uma paciente lá na cozinha lavando a louça e ela estava falando:- “você tem que cuidar bem dessa nossa família aqui, das coisas dessa

nossa família”. O projeto terapêutico se dá nesse atravessamento, nesse espírito de união entre as pessoas.

Em relação aos atendimentos, constatamos que a maioria das oficinas é realizada em grupo, assim como a administração da medicação é discutida com os pacientes. Marco Aurélio diz “...não existem projetos individuais ou atendimentos individuais porque o projeto terapêutico se dá nesse atravessamento, nesse espírito de união entre as pessoas, na co-participação entre o grupo”. Essa transversalidade no grupo é um conceito utilizado por Guatarri para falar do mecanismo de transferência institucional, que se opõe a “uma verticalidade que encontramos por exemplo nas descrições feitas pelo organograma de uma estrutura piramidal (chefes, sub-chefes, etc). Uma horizontalidade como a que se pode realizar no pátio do hospital, no pavilhão dos agitados...isto é, uma certa situação de fato em que as coisas e as pessoas ajeitam-se como podem na situação em que se encontram... A transversalidade no grupo é uma dimensão contrária e complementar às estruturas geradoras de hierarquização piramidal e dos modos de transmissão esterilizadores de mensagens...” Esse é um conceito privilegiado por J.Oury ao dizer da especificidade do “acolhimento” na instituição. Esse acolhimento não deve ser cristalizado em uma só pessoa, devendo se proporcionar a cada um que chega à instituição, um atendimento particularizado, baseado no próprio funcionamento institucional que seria permissivo à formação das “constelações de complementaridade indiretas” formando um tecido vivo e concreto, mas não rígido. (Oury, J., 1976:253)

Um exemplo de trabalho grupal é a oficina de jornal enquanto projeto terapêutico, os pacientes podem elaborar um editorial e ao começarem a escrever percebem que são coisas que tem a ver com sua estória, com seus medos e sentimentos. O jornal é então um instrumento onde eles podem compreender sua situação pessoal de forma prazerosa. Para Marco Aurélio “deve-se construir uma psiquiatria alegre. Não podem existir duas instituições iguais, cada grupo é um grupo, é singular. A instituição passa a ser saudável quando ela vai se transformando.”

Essa possibilidade de transformação institucional é descrita por J.Oury, quando nos diz que em algumas instituições ocorre uma certa inércia e deve-se lutar contra ela. “...o grupo, logo que cria uma instituição, se acha de acordo com ela, mas logo que ele evolui “sua demanda” muda. Se não ocorre uma modificação das “instituições”, estas se arriscam a não mais poder assumir sua função e desvios alienantes para o grupo... É necessário, dentro de um pequeno grupo, instaurar frequentemente novas instituições que correspondam à demanda subjacente... a demanda do grupo aparece agora como necessitando da criação de um sistema de mediações para restabelecer a mudança. É através desse sistema que se fazem as relações dos grupos com os indivíduos.” (Oury,J,1976:254)

A rotina da Casa d’Engenho é descrita por Marco Aurélio, “todo dia de manhã temos o grupo bom-dia. Esse é um grupo rápido onde os pacientes falam sobre como será o seu dia, se têm de ir ao dentista, sobre a medicação, etc. Na terça-feira é o dia das altas e as pré-altas. Em geral os pacientes não querem sair de alta.” Essa é uma peculiaridade bem interessante do

trabalho, pois em nossa experiência, quase sempre a alta é almejada pelo paciente, já que em sua maioria, o desejo de liberdade aparece logo após a finalização da crise dificultando a continuidade de tratamento ambulatorial em muitos casos. Nesse tipo de atendimento diferenciado, alguma coisa se dá, no sentido de propiciar sua continuidade pelos pacientes. Provavelmente é algo ligado aos Desejos envolvidos, tanto dos terapeutas como dos pacientes o que propicia que esse trabalho tenha um seguimento.

Continuando a rotina da Casa d'Engenho, de 9 às 11 horas, todos os dias, ocorrem oficinas que podem ser de educação física, marcenaria, modelagem, ou então de desenho e pintura, oficina culinária, fantoches, música, silk-screen. O paciente é livre para escolher a oficina que gostaria de participar e pode também não participar de nada, ficar vendo TV, ouvindo música, etc. Os passeios acontecem nas 6as feiras, de 15 em 15 dias. De 11 às 12 horas os grupos são mais fechados, são oficinas com um enquadre mais bem definido. Nas manhãs de 6a feira se realizam também as atividades da vida diária, e o grupo de familiares. Em alguns casos se faz atendimento domiciliar.

Em relação à medicação Marco Aurélio nos diz “não me preocupo muito com essa questão, “acho que é importante trabalharmos muito mais com a potência de cada um do que suprimindo coisas. Ele então nos dá um exemplo de um paciente, o Ivan que chegou à Casa d'Engenho muito agitado, dizia:- “eu vou explodir”, com os punhos fechados. A conduta nesse caso seria uma internação. Então vieram o irmão, a namorada, e ele aceitou tomar uma medicação oral. Pedí que voltasse no dia seguinte. Ele voltou, ficou 5 minutos aqui, muito

desconfiado, ansioso, com intencionalidade agressiva, mas lá pelo terceiro, quarto dia, conseguí que ele subisse ao andar superior da Casa. As pessoas deram então um martelo e um prego prá ele. Sua família ficou preocupada por causa de sua agressividade. Ele começou a pregar pregos, e depois mexeu com uma serra elétrica. Foi importante porque alguém mostrou pra ele que podia confiar nele, que ele podia pegar o martelo. Ele estava com medo de si mesmo, quando a gente acreditava nisso, reforçava esse medo dele. É importante explorar essa positividade dos pacientes, essa potencialidade ensombrecida pelo estigma, e que frequentemente é reforçada pela internação.”

Dentro dessa entrevista com Marco Aurélio, destacamos alguns pontos capitais em nossa pesquisa, em primeiro lugar o fato que é acentuado da internação como não-resolutiva, inclusive com uma comprovação estatística. Enfatizamos que essa abordagem com pacientes em primeiro surto é pioneira, tendo sido implantada há apenas dois anos, portanto respostas mais promissoras devem aguardar o futuro para serem observadas.

Uma outra questão apenas insinuada é a do próprio paradigma de loucura. Quem é louco? Aquele que está internado? O que ameaça agredir a família? E porquê necessariamente devemos tratá-lo assim? Em nossa opinião a complexidade dessa questão também merece respostas, mas creio que essas respostas devem nascer da prática de todo o dia, e da nossa própria forma de visualizar o que nos rodeia, impedindo que o estigma social que se sobrepõe à figura do “louco” obscureça nossa ação e atravesse nossa prática.

O projeto do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba também é muito interessante e Tânia Marins nos fala do lugar que ocupa agora, como coordenadora do NAPS- Núcleo de Atenção Psico-Social: “até aqui têm sido uma experiência rica, que traz para a gente a possibilidade de uma relação mais dialética com o manicômio e tentando pensar o que é a internação... em princípio o projeto tinha como objetivo funcionar como barreira à internação, sendo essa ainda a ênfase do projeto, sua tônica. Porém acho que hoje, após três anos de existência desse serviço, a gente já tem um outro olhar sobre o procedimento da internação...no caso de um cliente do NAPS que precisa se reinternar, ele é acompanhado pela mesma equipe do núcleo à nível das enfermarias e isso de alguma forma é facilitado pela proximidade física das enfermarias com relação ao núcleo”. Proporciona-se ao paciente em crise, que já é atendido pelo NAPS, a possibilidade de que não só a equipe, mas também o espaço físico de atendimento, sejam contínuos. Gisela Pankow nos fala dessa relação na psicose, “o acesso fundamental à psicose se inscreve dentro de estruturas espaciais” (Cavalcanti, 1992:205). Para que essa relação aconteça Tânia nos diz “nós temos tentado criar uma articulação da equipe do NAPS com o plantonista da Emergência, criamos escalas com diferentes pessoas não só do núcleo, que pudessem estar junto ao plantonista para dar um encaminhamento a essa demanda de pacientes que chegam em busca de internação. Na prática vimos que muitas pessoas que chegam com essa demanda de internação, acabam sendo encaminhadas para outros setores do hospital, como o ambulatório e o próprio núcleo. Acreditamos isso se deva à aproximação com o plantonista e ao trabalho em conjunto, mais integrado.”

Sobre o projeto e sua relação com a clientela do hospital, Tânia assinala que “a clientela que temos aqui é uma clientela que já tem uma carreira psiquiátrica, diferentemente do que havia sido pensado inicialmente - lidar com pacientes em primeiro surto, sem nenhuma internação anterior. E tudo aquilo que idealizamos num primeiro momento foi modificado pelo curso dos acontecimentos, visto que tínhamos uma demanda enorme que batia à nossa porta e não tínhamos para onde encaminhar. Começamos a absorver essa clientela, que hoje em dia está em torno de 50 pacientes, sendo 38 de pacientes externos, e alguns pacientes internos que são moradores do hospital e tem inserção em alguma oficina terapêutica do núcleo.”

Essa proposta da integração do trabalho institucional é uma constante em todas as instituições pesquisadas, assim como a importância da equipe multidisciplinar ou transdisciplinar. Claudia Corbisier destaca também a importância da equipe “os atendimentos são feitos preferencialmente em grupo, de dezesseis pessoas, sendo quatro técnicos, um médico, um psicólogo, uma assistente social e uma enfermeira...dessa primeira triagem, bastante diferenciada de um atendimento padrão de emergência, os pacientes podem ser encaminhados para o ambulatório, onde dispomos de um NAPS ainda em fase de implantação. As áreas programáticas são respeitadas e os pacientes são encaminhados aos seus locais de origem. Também é importante o atendimento à família do paciente, que é feito em conjunto”. Percebemos a importância em todas as instituições pesquisadas do atendimento às famílias dos pacientes, a integração de diversas equipes dentro de uma mesma instituição, de maneira que

possam de certa forma ser subvertidas as diferenças teóricas e fundamentalmente a necessidade de multidisciplinaridade, permitindo um entrelaçamento de saberes e práticas.

Nesse sentido Tania Marins fala sobre a equipe do NAPS “a equipe é heterogênea, as pessoas têm as mais diferentes formações, e o meu trabalho de coordenadora tem sido o de tentar garantir uma multiplicidade de abordagens de uma forma mais ou menos harmoniosa...o que importa não é tanto o referencial teórico-clínico que cada uma dessas pessoas traz, mas como isso se articula de uma maneira consistente a fim de garantir continência básica a essa clientela que bate a nossa porta... O primeiro ponto é garantir que essa multidisciplinaridade possa existir, quer dizer, não estamos atrás de uma linha teórica única e absoluta...É pensando nesse resgate de multiplicidade do objeto, pensando em encarar a própria loucura para além da clínica tradicional, que vemos que a clínica foi o que fundou a instituição psiquiátrica, o paradigma clínico norteou o manicômio...quer dizer, qualquer distanciamento dessa questão manicomial, teria que passar por essa revisão: - qual é esse paradigma clínico hoje?”

Novamente voltamos a esse questionamento fundamental, justamente pela ausência de resposta pronta e rápida, pois não estamos trabalhando com verdades absolutas, mas trabalhamos com construções, desconstruções, começos e recomeços, um caminho quase infinito de desvelar os mistérios da loucura.

Continuando a descrição da rotina do Hepq Jurujuba, após um primeiro atendimento emergencial, se houver uma indicação específica o paciente pode ser encaminhado para o ambulatório ou para o próprio NAPS, onde são atendidos cerca de 50 pacientes. Em sua

maioria os pacientes são atendidos em grupo e Tânia nos diz “a base de nosso trabalho é o trabalho de grupo, existe uma preocupação com a escuta individualizada, mas existe também o cuidado para não fazer disso aqui um grande ambulatório, um grande espaço de psicoterapias diversas e há uma preocupação com a ênfase no trabalho grupal, tentamos inventar uma nova forma de atender os psicóticos e lançamos mão de práticas diferenciadas, existem grupos formados por artistas plásticos, por músicos, sempre numa inserção voluntária. Nosso empreendimento agora, visando o próximo ano, nossa perspectiva para 1994, é ampliar o serviço para fora do hospital, pensando em estruturar algumas cooperativas que hoje já tem uma semente em algumas oficinas produtivas dentro do núcleo. Articulamos também a possibilidade de um espaço de moradia para essa clientela em que percebemos um problema social, sendo esse o principal motivo que desencadeia as internações.”

Percebemos nessa fala de Tânia duas questões fundamentais, que são a inserção de uma prática que privilegia para além da clínica, a criatividade e a reabilitação do paciente psiquiátrico, essenciais no projeto de transformação proposto. Nessa prática percebemos o que J.Oury propõe quando diz que devem criar dentro da instituição “campos transferenciais multifocais”, existem condições necessárias, mínimas, para se criarem esses campos transferenciais, os itinerários pessoais, os reencontros e as possibilidades de escolha. Os principais seriam; a liberdade de circulação; certos lugares estruturais concretos, como ateliers, serviços (cozinha); contratos facilmente revisáveis de entrada e de saída e um acolhimento permanente que disponha de grades simbólicas e de mediações...a psicoterapia institucional é um método que permite criar uma superfície de vida...que se aproxima da

noção de “relações complementares” desenvolvida por Dupréel que nos diz “aquilo que faz subir o grau de existência ou de consistência de um grupo social, é menos a ausência de relações complementares negativas que a força das relações complementares que lhe ajuda...” Esta noção se aproxima, como indica Tosquelles do que Slavson chama “as relações indiretas no curso das atividades comuns”... a vantagem das descrições de Dupréel permite seguir mais concretamente tudo que está em jogo, dentro da estrutura institucional, para traçar um itinerário. Isso pode nos servir para descrever aquela noção que podemos colocar como essencial: o acolhimento.(Oury, 1976:253)

Voltando ao depoimento de Tânia, ela nos conta das possibilidades de ampliação do trabalho no Hepq Jurujuba. “Sabemos que trabalhamos com uma população que vê na internação a possibilidade de sobrevivência, para viabilizar o projeto de moradia para a clientela do hospital, foi apresentado um projeto específico de ampliação na Secretaria Municipal, onde se pleiteam duas casas, numa delas seria implementada uma república, e na outra um lugar onde se pudesse concentrar as chamadas oficinas produtivas, que são oficinas de bijuteria, de artesanato, e se destinam a produção para a feira do Rinque. Nessa feira artesanal da cidade, onde a RIOTUR cedeu a barraca e a Prefeitura cedeu a licença, os usuários trabalham em conjunto com o Centro de Saúde Carlos Antonio da Silva, através da Associação Cabeça Firme.

Este é um dos pontos principais nessa proposta de reabilitação - a Associação de Pacientes, que tem funcionado como um dos pilares na reorganização da assistência. Tânia nos

fala “A Associação de pacientes tornou-se representativa, os usuários têm contato com o social, participam da luta anti-manicomial, inclusive atuaram como representantes nesse encontro de Santos e também no encontro da Bahia”. Esse é um ponto importantíssimo, pois esse ganho da representatividade reflete o acesso ao direito do paciente à palavra plena.

Em relação à esse contato com a comunidade, Tânia afirma que “tem sido garantidas vagas em cursos fora daqui como na Funarte, no Horto Florestal e estamos cada vez mais buscando essas alianças, essa aproximação com o tecido social, seja com relação à comunidade, seja com relação ao aprendizado de um ofício, enfim tentar pensar essa complexidade do usuário, que passa por algo mais do que a aceitação das diferenças. É preciso que essas diferenças existam, para garantir essa riqueza de discussão, essa multiplicidade de abordagens.”

Em relação à equipe, do NAPS de Jurujuba fazem parte dez pessoas, oito das quais têm nível superior, três são terapeutas ocupacionais, três psicólogos e dois médicos. A equipe é multidisciplinar, sendo que nela convivem linhas teóricas diversas. Atualmente existem oficinas que têm uma linha mais expressiva, terapêutica, como oficinas de teatro, expressão corporal, música, artes plásticas e a cantina do hospital.

Existe desde o início do ano um projeto interessante que é a portaria do hospital. Nesse projeto os próprios usuários assumem a portaria, eles trabalham em turnos e têm uma reunião semanal onde algumas coisas são discutidas, a relação com o dinheiro, o compromisso que se coloca para esses usuários...Esse é um serviço que funciona bem, sem maiores

problemas até esse momento, segundo a última estatística feita durante o seminário interno do núcleo.

Em relação à crise, o depoimento de Tânia é pontual “entendemos a crise não como uma relação à parte do projeto terapêutico. A própria equipe do núcleo dá um encaminhamento a essa situação, atentos à singularidade de cada caso. Tivemos situações em que a equipe conseguiu chegar mais perto do paciente, fazer um atendimento mais individualizado, particularizado, durante o tempo em que o núcleo fica aberto. Durante a noite não temos como atender o paciente, passando o caso para um plantonista. A própria relação com a enfermagem é mais fácil, porque já existe uma integração das equipes do núcleo com as enfermarias... a concepção mesma de internação é vista de uma forma diferente, se pensarmos nela como um instrumento possível dessa soma de esforços de várias equipes para tentar dar algum continente a esse paciente, a coisa muda de figura, passa a ter um outro significado, dentro do processo terapêutico da pessoa no geral.” A internação psiquiátrica, dentro desse modelo proposto, não é descartada, porém deve ser bem delimitada sua indicação, a partir de pressupostos teóricos bem definidos e da discussão do caso com a equipe engajada no tratamento do paciente.

Em relação ao atendimento às crises, esses estão claramente vinculados à Emergência. Segundo Tânia “apesar de nossas tentativas no atendimento às crises de uma forma vinculada com as outras equipes, essa é uma questão complicada à nível do Município em geral. Temos uma Emergência psiquiátrica que está centralizada no CPN, que por ser uma

unidade médica tem sido conduzida de uma forma ruim, não há uma escuta individualizada, acaba sendo mais uma enfermaria como tantas outras de uma unidade hospitalar médica e temos algumas idéias quanto a tomar as emergências, centralizar a emergência aqui no Hepq Jurujuba. Em relação à interação do Hepq Jurujuba com outras instituições, temos atualmente dois convênios, um com o Instituto Franco-Basaglia e através desse convênio temos uma supervisão com uma pessoa de lá, o Pedro Gabriel Godinho Delgado. E temos um outro convênio com a ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública, onde há um acordo de cooperação técnica interinstitucional, pensando em três frentes possíveis para desenvolvermos juntos - a primeira frente é fazer do Núcleo um lugar de passagem das pessoas que estão no Curso de Psiquiatria Institucional; a outra forma é facilitar o acesso ao acervo que eles têm, criando um intercâmbio científico; e uma terceira frente seria contar com alguns pesquisadores daquela unidade a fim de estimular as pessoas da equipe a desenvolverem suas pesquisas. Seria uma maneira privilegiada de pensar a formação de quem está envolvido no trabalho, abrir espaço no Núcleo para essa circulação.”

A experiência da Oficina Terapêutica do Centro de Saúde Saúde Carlos

Antônio da Silva:

No Centro de Saúde entrevistei Maria Luiza Cunha, atual coordenadora da Oficina Terapêutica. Este é o local onde trabalho atualmente, estando inserida no ambulatório, onde atendo em sua maioria, os pacientes que frequentam a oficina terapêutica.

Luiza nos apresenta de início a estrutura da oficina terapêutica e a estória de sua constituição: “Antes de me reportar às oficinas gostaria de me reportar ao contexto onde se inserem as oficinas, que é o Serviço de Saúde Mental. Ele se insere numa Unidade Municipal de Saúde, localizada no Centro de Niterói, e é um Centro de Saúde que compreende os diversos programas: programa de saúde da mulher; programa de saúde da criança e o nosso programa de saúde mental. Nossa equipe é formada por 4 psicólogos, 4 psiquiatras, 1 terapeuta ocupacional, uma fonoaudióloga, 2 voluntários. Esta equipe presta atendimento em diversas modalidades, psicoterapias individuais e grupais, atendimento psiquiátrico, consultas psicofarmacológicas junto à psicoterapia, triagem, TO individual e oficinas terapêuticas. Os pacientes são psicóticos e neuróticos graves. Em relação à indicação para as oficinas terapêuticas, não são elegíveis pessoas com problemas de alcoolismo, uso de drogas, oligofrênicos, epiléticos. A nossa principal demanda é de pacientes já com várias internações, com dificuldades de manter vínculos sociais, problemas familiares, problemas relacionados ao trabalho.”

Percebe-se que novamente a demanda se sobrepõe ao que havia sido inicialmente proposto e nesse caso específico Luiza tem uma explicação “em 1986 foi elaborado um programa de atendimento ambulatorial à egressos. A prioridade desse programa era atender aos egressos, em grupo. Passamos algum tempo tentando estruturar esse trabalho. A equipe não era integrada, a partir de um certo momento, quando a equipe começou a se integrar, um projeto comum começou a acontecer. As oficinas começaram no início de 1991, e iniciamos com 3 profissionais e 7 usuários, e o que norteou o início foi o fato de que a resposta dos pacientes em relação à psicoterapia e ao atendimento psicofarmacológico, não era suficiente para tirá-los de uma posição passiva diante da vida, isolados, cronificados, e o que restava a essas pessoas era um contato ruim com a família, ausência de contato social e quando pioravam ocorria a internação. A partir daí começamos a pensar em acolher as pessoas de outra forma nesses momentos de crise. O que motivou foi a experiência clínica.”

É muito importante esse relato de Luiza, pois a constituição da prática deve partir de uma demanda preexistente, e só assim podemos mensurar a eficácia de nosso trabalho. Em relação propriamente ao atendimento à crise, Luiza afirma que “existe um projeto para ampliação dessa estrutura e eu penso que vai favorecer ao atendimento a essas situações de crise. Como não temos no momento todo um instrumental, recursos humanos, outras situações que favoreceriam esse atendimento, temos uma certa limitação.” Sobre a assistência aos pacientes graves e que demandem internação considera: “fazemos contatos com outros serviços, a intenção seria que a pessoa ficasse aqui durante as oficinas, tendo um lugar para ser cuidada à noite, porque às vezes está difícil para a família ficar com aquele paciente em

casa, há uma dificuldade de lidar com essa situação. Então quando o paciente está muito mal, procuramos outros serviços e o acompanhamos mesmo quando ele está vivendo uma internação. A todo momento a nossa equipe faz contato com essa equipe da internação...”

Fala sobre o projeto: “nêles essas situações estão previstas, o paciente pode pernoitar nesse espaço hospitalar e durante o dia permanecer na unidade. É importante garantir o transporte desse paciente, fazer contato com a família e tentar garantir com essa família uma continuidade no tratamento do paciente.” Em relação ao transporte, atualmente todos os pacientes da oficina terapêutica tem passe-livre, podendo transitar por Niterói e eventualmente irem ao Rio para passeios em conjunto, o que foi um ganho muito importante junto à Secretaria de Transportes.”

Em relação à abordagem às famílias dos pacientes, Luiza coloca que está sendo montado um grupo de família por dois profissionais do serviço e o enfoque provavelmente será psicanalítico: “atualmente esse contato já é feito e os familiares frequentam a oficina junto ao paciente, havendo vários objetivos que estão na nossa meta como diminuir a ansiedade da família ao lidar com o paciente, melhoria da capacidade da família de lidar com as situações de crise, no fato da família estar mais ligada ao serviço e procurá-lo também nesses momentos e poder confiar mais nesse tipo de serviço aberto”... “porque quando o paciente está em crise, a família acha que tem que contê-lo, e aqui não tem porta, não tem nada, de repente fica complicado achar que aqui é o melhor lugar, então a gente quer fazer um trabalho para as pessoas poderem lidar melhor com o conceito de saúde / doença mental. É importante poder ver que o conceito disso não passa tanto pelo estigma, inclusive se passa a

entender o processo do adoecer, na medida em que esse processo é focado de forma diferente, passa-se a agir de outro modo em relação a isso.”

Em relação ao projeto da oficina terapêutica e sua integração ao ambulatório do Centro de Saúde, Luiza nos diz: “no início pensava-se na oficina terapêutica como separada, hoje em dia já se pensa na oficina como mais uma modalidade de nosso serviço, porque os psiquiatras que atendem os casos da oficina são os mesmos que atendem os outros pacientes do ambulatório. Não existe uma divisão entre a equipe de oficina/pacientes da oficina e equipe do ambulatório/pacientes do ambulatório. Esses pacientes estão vinculados a um determinado serviço que tem várias modalidades de atendimento. Uma dessas modalidades é a oficina terapêutica, outra modalidade será o atendimento à família que vai contemplar não somente às famílias dos usuários atendidos nas oficinas, como os outros pacientes que estão nesse serviço em tratamento ambulatorial.”

Em relação a um outro ganho que a oficina terapêutica apresentou, seguindo o relato de Luiza: “...além da garantia do passe-livre para o acesso gratuito aos ônibus, foi a ampliação dos horários das oficinas, que a princípio começou com um turno por semana na 4ª feira de manhã e hoje em dia temos oficina todos os dias da semana, exceto aos sábados e domingos. Nas 4as e 5as o horário é integral e nos outros dias funciona meio período. O que permitiu ampliar esses horários, além do acréscimo de recursos humanos, foi a questão do passe-livre, porque se o paciente não vinha ao serviço, frequentemente era por causa da falta e

dinheiro para pagar as passagens. Então com a regionalização, só atendemos pacientes que moram próximo ao serviço, fica mais fácil para eles frequentarem o tratamento.”

Em relação à expansão do trabalho para fora da oficina, Luiza relata que com o passe-livre, tudo ficou mais fácil, “lutamos quase dois anos por esse passe-livre e isso permite uma circulação muito grande dos pacientes, por exemplo eles vão até o Rio. Além de vir aqui, eles tem ido passear, a Cristina, uma paciente daqui, resolveu ir até Paquetá, sentar na Pedra da Moreninha, e foi realmente. Essa possibilidade para eles é muito legal. A Mônica, assistente social, foi até Ipanema, numa loja chamada “Mania de Reciclar” e levou os usuários, quase todos foram, pegaram o ônibus no Rio usando o passe do Município de Niterói, foram lá, viram tudo, tomaram Coca-Cola. Esse é mais um tipo de atividade que a gente faz, atividade externa, fomos também ao MAM, ao Zoológico, ao Horto-Florestal, ao Parque da Cidade, buscando esse caminho de ir para fora, não ficar isolado no serviço. Tem um momento na fala de um paciente que demonstra bem isso. Pelo fato de o galpão funcionar com as portas abertas, então as pessoas vêem o pessoal lá dentro. E o paciente num determinado momento ficou questionando isso, disse assim:- “a gente fica aqui sendo visto.” Para Luiza é importante essa visão do que se faz, inclusive na integração com os outros funcionários do Centro de Saúde. Conta que os funcionários passaram a frequentar as festas que são promovidas todos os anos, Natal, Carnaval, aniversários, etc. As pessoas que trabalham na Instituição são chamadas e é tentada essa ampliação do contato.” Luiza relata que isso é importante em termos de integração e também de trabalhar o estigma do “louco” e

diz: “uma coisa que a gente observou é que a própria pessoa vê no olhar do outro uma discriminação que as vezes nem está acontecendo”.

Dá o exemplo de uma paciente com quem ela passeava na rua, a Maria Rita, e diz que a viu dando tchau para uma pessoa na rua, e quando foi descobrir era alguém daqui do Centro de Saúde. Essa paciente já está sendo reconhecida, reconhecendo, dando tchau para as pessoas e isso reflete uma troca que se tornou possível nesse momento. Esse é o exemplo de um fato aparentemente simples, mas que mostra essa retomada de uma situação social pela paciente.

Luiza relata então a rotina da oficina terapêutica: “na 2ª feira de manhã existe uma oficina de reciclagem de papel, que é coordenada pela Mônica, assistente social. Na 3ª feira pela manhã temos uma oficina de produção com as mais diversas coisas, a Dora coordena essa oficina e tem uma pessoa da comunidade, a Marli, que domina várias técnicas, sabe trabalhar com garrafa de refrigerante, faz vários trabalhos com pintura. Tudo para ser posteriormente vendido, não só aqui no Centro de Saúde, mas também na feira do Rinque, que é um lugar aqui no Centro de Niterói, onde vendemos a produção do pessoal da Associação Cabeça Firme. Na 4ª feira temos uma oficina de contar histórias, coordenada pelo Dr Julio e pela Dra Celia, uma oficina de vídeo coordenada pelo Dr Nélio, o almoço, e depois temos uma reunião com todas as pessoas do serviço e os pacientes, onde os familiares também participam.” Luiza também fala que eventualmente são preparadas oficinas extras para as festas, e nessa época estava sendo preparada uma comemoração para o Dia Nacional de Luta Antimanicomial, dia

18 de maio, quando se realizou um grande evento. “Na 5ª feira pela manhã temos uma oficina coordenada pela Dora (terapeuta ocupacional) que é de cabeleireiro e produção, e na 5ª à tarde temos a oficina de tecidos, vamos mexer com panos, chamamos essa oficina de “panos prá manga”. Vamos produzir panos de prato, toalhinhas de mão, babador, almofadas, vamos botar a mão na massa, costurar e fazer coisas de pano. É uma oficina livre, aberta a quem quiser participar, quem não quiser não é obrigado a fazer, e estamos aqui acompanhando a elaboração de cada um. Na 6ª feira funciona a Feira do Rinque. E ao todo atendemos 18 pacientes, com diagnóstico de psicose e quase todos fazem acompanhamento psicoterápico aqui também.”

Luiza dá sua opinião sobre a internação psiquiátrica “apesar de apenas ter trabalhado numa clínica particular e nunca em um manicômio, a diferença fundamental está no entendimento, no respeito, na tentativa de resgate da cidadania, e é completamente diferente quando você reconhece no outro alguém capaz, alguém que não é perigoso, que não vai te destruir, você então vai ter uma outra atitude, uma outra abordagem com esse paciente que é totalmente diferente desses lugares que funcionam como dejetos humanos. Esse trabalho interessa porque é uma condição de resgatar a pessoa a uma condição de possibilidade de vida, não é porque ela está numa situação de confusão, ela sempre vai estar podendo fazer alguma coisa, ela sempre vai ter valor em alguma coisa, ela nunca vai ser destituída de tudo que se pode atribuir a uma pessoa.” Com essa afirmação podemos resumir nosso pensamento sobre esse trabalho com os pacientes, sempre deve existir no cotidiano do trabalho essa lembrança,

essa afirmação de uma possibilidade de resgatar o valor pessoal de cada um daqueles que nos chega para atendimento.

CONCLUSÃO:

Esse momento de concluir nos parece o mais difícil, visto que abrimos com a presente dissertação um amplo leque de opções para estudos e práticas a serem implantadas. Essa possibilidade transformação, de reestruturação de modelos, permeia todo o trabalho.

A questão-objeto de estudo, a crise psicótica, o primeiro surto, ou a situação de abordagem diferenciada no desencadeamento de uma crise psicótica, foi estudada em um percurso clínico-institucional, suscitando algumas interrogações que serão discutidas nessa conclusão.

Ao estudar a clínica do desencadeamento da crise psicótica sob o ângulo psiquiátrico-psicanalítico-institucional, nos deparamos com a primeira interrogação do trabalho. Qual é o paradigma clínico usado atualmente? É importante uma reestruturação dessa concepção? De que maneira uma alteração conceitual desse nível proporciona uma direção diferenciada de abordagens?

A abertura dessas questões nos remete ao caminho histórico embutido no conceito de paradigma. A temporalidade inerente a esse conceito leva a que o paradigma proposto para

conceituar a loucura esteja em consonância e oriente uma possibilidade de Reforma Psiquiátrica.

O paradigma proposto por Basaglia é o de “existência-sofrimento em relação com o corpo-social”, estando implícita nessa conceituação um olhar que, para além do classicismo psiquiátrico e da psicanálise, aponta para o “corpo social”. Este poderia ser definido como alguma coisa que em psiquiatria frequentemente passa-se ao largo, que é a realidade social, o meio-ambiente, o habitat em que o homem vive.

Claramente nesse novo paradigma há um privilégio da visão humanista, que visa deslocar o paciente da posição de objeto de um saber. Uma crítica possível ocorre pela ausência de “discriminação”, pois dentro de “existência-sofrimento” podem estar inúmeras alterações psiquiátricas. Resgatamos aqui uma questão apenas apontada na dissertação. A importância do diagnóstico psiquiátrico não é descartada em nenhum momento e acreditamos que desse primeiro olhar, associado à escuta analítica, toda uma orientação terapêutica, inclusive medicamentosa, pode ser necessária.

Outra questão aberta com essa nova concepção paradigmática é a da reestruturação institucional. A partir da valorização do habitat como fator terapêutico, a internação psiquiátrica calcada no modelo asilar nos parece arcaica e iatrogênica, não proporcionando um real acolhimento ao paciente.

Esse acolhimento, conceito básico da psicoterapia institucional francesa preconizado por J.Oury, diz respeito a alguma coisa que possa dar ao paciente que chega à instituição uma

chance de encontro com o outro. Esse encontro deve se passar no registro da satisfação, da possibilidade de ser escutado, enfim da permissão para a entrada no Simbólico.

Portanto já respondendo à última pergunta uma abordagem diferenciada está no horizonte da escuta proposta pela nova linha paradigmática. Em relação à possibilidade de abordagem psicanalítica do delírio, há uma radical diferença em relação ao preconizado pela psiquiatria clássica. Em vez de supressão do delírio ou de confrontá-lo com um “dado de realidade” propomos a articulação da metáfora delirante numa direção de tratamento ao paciente que chega em surto à instituição.

Numa direção mais ampla de abordagem institucional, devemos levar em conta o eixo ético-político-institucional. O conceito de cidadania deve nortear nossa prática. Nesse momento uma outra questão que se abre é a da legislação em psiquiatria.

Qual a necessidade de uma legislação psiquiátrica atualmente? Quais tópicos devem fazer parte da lei? Em que nível a lei intervém no sentido de determinar uma Reforma Institucional?

Respondendo à primeira pergunta vemos que a necessidade é imperiosa. A situação do paciente psiquiátrico, isolado no mesmo nível dos presidiários, dentro de instituições totalitárias não deve perpetuar. A lei deve servir para marcar a diferença e situar o paciente no interior da ordem médica. Deve permitir a discriminação de seus direitos e impedir que práticas abusivas permaneçam.

Os tópicos da lei foram discutidos no último capítulo, e cremos que os principais dizem respeito à cidadania e ao direito de acesso à serviços de saúde mental de forma espontânea. A obrigatoriedade do tratamento psiquiátrico deve estar relacionada à situação de “periculosidade social”.

A lei intervém à nível institucional quando torna obrigatórios serviços de atenção à saúde mental diferenciados dos tradicionais, com o privilégio para os hospitais-dia; os centros de atenção psico-social e os lares protegidos.

Atualmente a implantação da lei já está acontecendo à nível nacional com a proliferação de estruturas alternativas de saúde do papel, permite que novas luzes iluminem esse campo assistencial em todo país, como no Nordeste e no Centro-Oeste.

É necessário que a Reforma Psiquiátrica Brasileira saia do papel, intervindo na prática nessa questão secular que é a situação do louco, esse “ser entre mundos” o eterno “prisioneiro da passagem” usando uma expressão de Foucault. É imperativo que possamos garantir a esse sujeito um lugar, um espaço, palavra plena.

BIBLIOGRAFIA:

AMARANTE,P; BEZERRA,B., Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro. Relume-Dumará,1992.

ANDRADE, A.L.Q. Clínica da Psicose. Bahia. Ed Fator. 1986.

APARÍCIO,S. La forclusion, préhistoire d'un concept in "Ornicar? revue du Champ freudien, janvier, n 28, p 83-105. 1984.

ARTAUD,A.; Os escritos de Antonin Artaud. Rio de Janeiro.

L&PM Editores Ltda,1983.

ARISTÓTELES. A Política. São Paulo. Atena Ed. 1960.

AULAGNIER,P., O aprendiz de historiador e o mestre feiticeiro: do discurso identificante ao discurso delirante.

São Paulo. Escuta. 1989.

BALBI,L.M., A função do delírio na clínica psicanalítica das psicoses. Tese de Doutorado.PUC/RJ,1991.

_____ Clínica do delírio: a elaboração de um impossível in “Um quarto nó?” - revista n
1, dezembro 1991. NAT.

BASAGLIA, F., A Instituição Negada: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro. Ed
Graal. 1985.

BERCHERIE, P. Os Fundamentos da Clínica - história e estrutura do saber psiquiátrico. Rio
de Janeiro. Jorge Zahar Ed. 1989.

BIRMAN, J., Freud e a interpretação psicanalítica. Rio de Janeiro. Relume-Dumará. 1991.

BOLZINGER, A.; EBTINGER, R.; KAMERER, Th, Approches Cliniques et
Psychopathologiques de la notion de crise. 1970.

BRAZIL, H. V., Uma ética de renúncia e reconhecimento,

CALLIGARIS,C.,CADORET,M. et alli, 1958-1993 - L'abord des psychoses après Lacan.

Paris. Point Hors Ligne. 1993.

CALLIGARIS,C., Introdução à uma clínica diferencial das psicoses.Porto Alegre. Ed Artes

Médicas Sul Ltda. 1989.

CAPALBO,C., A Fenomenologia e a questão do inconsciente.

1a Conferência Internacional de Psicologia Fenomenológica y Existencial. Buenos Aires.

1992.

_____, Fenomenologia e Ciências Humanas. São Paulo. J.Ozon + Editor. 1973.

CAVALCANTI,M.T., O tear das cinzas. Tese de Mestrado. Instituto de Psiquiatria da UFRJ.

1992.

CEROTTO, C.L. Fenomenologia y Psicoanálisis - Aproximação fenomenológica a la obra de

Freud. Buenos Aires. Ed Troquel. 1969.

CHECCHINATO,D.; SOUZA FILHO,A.A. A Clínica da Psicose. Campinas. Papyrus. 1985.

CLAVREUL, J. A ordem médica: poder e impotência do discurso médico. São Paulo. Ed Brasiliense. 1983.

2a CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL: A Reestruturação da Saúde Mental no Brasil, modelo assistencial e direito à cidadania. Brasília. Ministério da Saúde - Coordenação de Saúde Mental, 1992.

COSTA, J.F. Redescrições da Psicanálise: ensaios pragmáticos. Rio de Janeiro. Relume-Dumará. 1994.

_____ Psicanálise e Contexto Cultural: imaginário psicanalítico, grupos e psicoterapia. Rio de Janeiro. Campus. 1989.

CUNHA, M.L.S. Oficinas Terapêuticas - uma abordagem aos cuidados em saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira. 1993.

DELL'AQUA, G. Trieste 20 anni dopo: dalla critica alle istituzioni della psichiatria alla istituzione della salute mentale. "Famiglia e malattia mentale: informare e organizzare l'aiuto reciproco". Trieste. 1993-94.

ECO, U. Como se faz uma tese. São Paulo. Perspectiva. 1992.

FOUCAULT, M. História da Loucura na Idade Clássica. São Paulo. Ed Perspectiva. 1991.

_____ Microfísica do poder. Rio de Janeiro. Graal. 1985

FREUD, S. Obras Completas. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro. Imago. 1980:

(1894) “As Neuropsicoses de defesa”. vol II

(1895) “Rascunho H: Paranóia”. vol I

(1896) “Rascunho K: As Neuroses de defesa (Um conto de fadas para o Natal)”. vol I

(1896) “Novos comentários sobre as neuropsicoses de defesa”. vol II

(1908) “Moral sexual civilizada e doença nervosa moderna”.

vol IX.

(1909) “Análise de uma fobia em um menino de cinco anos (O pequeno Hans), vol X.

(1909) “Notas sobre um caso de neurose obsessiva”, vol X.

(1911) “Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia (Dementia paranoides), vol XII.

(1912) “A dinâmica da transferência”, vol XII

(1912) “Tipos de desencadeamento da neurose”, vol XII

(1914) “Sobre o Narcisismo: uma introdução”, vol XIV

(1915) “Um caso de paranóia que contraria a teoria psicanalítica da doença”, vol XIV

(1922) “Alguns mecanismos neuróticos no ciúme, na paranóia e no homossexualismo”, vol XVIII

(1923/24) “Neurose e Psicose”, vol XIX

(1924) “A perda da realidade na neurose e na psicose”, vol XIX

(1925) “A negativa”, vol XIX

(1927) “Fetichismo”, vol XXI

(1937) “Construções em análise”, vol XXIII

(1938) “Esboço de Psicanálise”, vol XXIII

GOFFMAN,E. Manicômios, prisões e conventos. Rio de Janeiro. Ed Perspectiva. 1961.

GOLDBERG,J. Clínica da psicose: um projeto na rede pública. Ed Te Corá. 1994.

GOMES,M.P.C. A emergência psiquiátrica em Angra dos Reis - um estudo de caso. Tese de Mestrado em Saúde Coletiva. UERJ. 1993.

HUSSERL,E. Ideas relativas a una fenomenologia pura y a una filosofia fenomenológica.

México. Fondo de Cultura Económica.

1949.

JASPERS,K. Psicopatologia Geral: vol I e II. São Paulo. Ed Atheneu. 1979.

LACAN, J Da psicose paranóica e suas relações com a personalidade. Rio de Janeiro.
Forense Universitária. 1987.

_____ Os complexos familiares. Rio de Janeiro. Jorge Zahar Editor. 1987.

_____ Escritos I e II. Buenos Aires. Siglo XXI. 1971.

_____ O Seminário, livro 1, os escritos técnicos de Freud - 1953-54. Rio de Janeiro.
Zahar Editores. 1983

_____ O Seminário, livro 3: as psicoses- 1955-56. Rio de Janeiro. Jorge Zahar Ed. 1988.

_____ O Seminário, livro 7: a ética da psicanálise 1959-1960. Rio de Janeiro. Jorge Zahar
Ed. 1988.

_____ O Seminário, livro 8: a transferência 1960-61. Rio de Janeiro. Jorge Zahar Ed. 1992

_____ O Seminário: livro 11; os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. Rio de Janeiro. Jorge Zahar Ed. 1990.

_____ R.S.I. O Seminário 1974/75

_____ Les formations de l'inconscient. Seminário inédito.

_____ "La méthaphore paternelle". 1958

LAPLANCHE, J & PONTALIS, J.B. Vocabulário de Psicanálise. São Paulo. Martins Fontes Ed. 1988.

LEGUIL, F. Lacan avec et contre Jaspers. in "Ornicar? revue du Champ freudien", n 48, 1989.

LOBOSQUE, A.M.; RÓIZ, A.A. Psicose entre nós. Belo Horizonte. Associação Mineira de Psiquiatria. 1990.

MACHADO,R.et al. Danação da norma: a medicina social e a constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro. Graal. 1978.

MARINS,T.M.L. "Estruturas intermediárias" - novos lugares do atendimento em saúde mental. inédito.

MILLER,J.A. Matemas I. Buenos Aires. Ed Manantial. 1987.

_____ Percurso de Lacan: uma introdução. Rio de Janeiro. Jorge Zahar Ed. 1983.

NAVEAU,P. Sur le déclenchement de la psychose, in "Ornicar?
revue du Champ freudien", n 44, janv-mars 1988, p 77-87.

OURY,J. Psychiatrie et Psychothérapie institutionnelle - Traces et configurations précaires. Paris. Payot. 1976.

REESTRUTURAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA: bases conceituais e caminhos para sua implementação/Organização Panamericana de Saúde. Instituto Mario Negri - Milão:OPS,1990. Memórias da Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica. Caracas. Venezuela, 11-14 nov 1990.

RELATÓRIO DO ENCONTRO NACIONAL DA LUTA ANTIMANICOMIAL. 23 a 26 de setembro de 1993. Salvador. Colônia SESC-Piatã.

RICOEUR, P. Interpretação e Ideologias. Rio de Janeiro. Francisco Alves. 1990.

_____ O discurso da ação. Lisboa. Ed 70. 1988.

ROTELLI, F. A Instituição Inventada. Cadernos do NUPSO.

_____ A Lei 180 da Reforma Psiquiátrica: os problemas na sua aplicação.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. L'impresa sociale. Milão. Edizione Anabasi. 1994.

ROTELLI, BASAGLIA, DEL'AQUA, ARTAUD. A Loucura na sala de jantar in "Per la Salute Mentale - Pratiche Ricerche Culture dell'innovazione, vol I, n 1. Trieste. 1988.

SAUVAGNAT, F. Histoire des phénomènes élémentaires - a propos de la "signification personnelle" in "Ornicar? revue du Champ freudien, n 44, janv-mars 1988, p 19-27.

SCHNEIDER, K. Psicopatologia Clínica. São Paulo. Ed Mestre Jou. 1978.

SCHREBER, D.P. Memórias de um doente dos nervos. Rio de Janeiro. Ed Graal. 1985.

SCHREIBER, F. Remarques cliniques sur le cas Aimée in Ornicar? revue du Champ freudien, n 44, janv-mars 1988, p 39-43.

SILVA FILHO, J.F.; RUSSO, J.A. Duzentos anos de psiquiatria.

Rio de Janeiro. Relume Dumará: Ed UFRJ. 1993.

SILVESTRE, M. Amanhã, a Psicanálise. Rio de Janeiro. Jorge Zahar Ed. 1991.

SOUZA, N.S. A psicose: um estudo lacaniano. Rio de Janeiro. Campus. 1991.

_____ Transferência e direção da cura na psicose. 1993.

_____ A Forclusão um caso de grandeza negativa in "Boletim de novidades" ano VII, n 59, maio 1994, São Paulo.

Ed Livraria Pulsional.

SOUZA, O.; COSTA, J.F.; CALLIGARIS, C.; ARAGÃO, L.T. Clínica do social: ensaios. São Paulo. Escuta. 1991

SPIELBERG, H. Phenomenology in Psychology and Psychiatric - A Historical Introduction. EUA. Northwestern University Press Evanston. 1972.

STENGERS, I. Quem tem medo da ciência? : ciências e poderes. São Paulo. Siciliano. 1990.

VÍDEO Operina .1992. Cooperativa La Colina.

VÍDEO A Empresa Social. Del'Aqua, G.; Cogliatti, M. Curso de Atenção à Saúde Mental no território. 19/04/1994.

VÍDEO Fratelli d'Itália. 1989. Cooperativa La Colina.

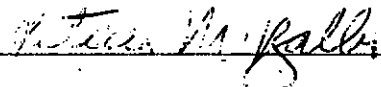
Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da PUC-
Rio pela aluna Claudia Souza Ramalho, intitulada Sobre o
desencadeamento de uma crise psicótica e possíveis abordagens
clínico-institucionais, e aprovada pela Banca Examinadora
constituída pelos seguintes Professores:



Circe Navarro Vital Brasil



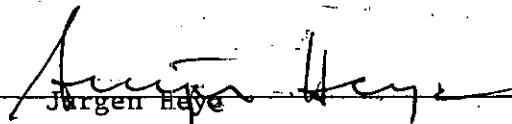
Esther Maria de Magalhães Arantes



Leticia Martins Balbi

Visto e permitida a impressão

Rio de Janeiro, 27 de janeiro de 1995.



Jürgen Hebe

Coordenador dos Programas de

Pós-Graduação do Centro de

Teologia e Ciências Humanas