



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE – FACES
CURSO: PSICOLOGIA

**PSICOSE E OS ENCONTROS POSSÍVEIS A PARTIR DA
CONVIVÊNCIA E DA COMPREENSÃO DE SUA LÓGICA
SUBJETIVA**

JOELMA PEREIRA DE SOUZA

BRASÍLIA,
JUNHO / 2009.

JOELMA PEREIRA DE SOUZA

**PSICOSE E OS ENCONTROS POSSÍVEIS A PARTIR DA
CONVIVÊNCIA E DA COMPREENSÃO DE SUA LÓGICA
SUBJETIVA**

Monografia apresentada como
requisito
Para conclusão do curso de
Psicologia do UniCEUB – Centro
Universitário de Brasília. Professor
(a) orientador (a):
Prof^ª. Dra. Marcella Marjory
Massolini Laureano.

Brasília, Junho / 2009.



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE – FACES
CURSO: PSICOLOGIA

Esta monografia foi aprovada pela comissão examinadora composta por:

Prof^a. MSc. Cláudia Mendes Feres

Prof^a. MSc. Tania Inessa Martins de Resende

Prof^a. Dra. Marcella Marjory Massolini Laureano

A Menção Final obtida foi:

Brasília, Junho / 2009

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, pois se nas minhas palavras neste trabalho for possível perceber amor, tolerância e respeito, que fique claro que foi tudo herança dessas grandes pessoas.

Aos meus irmãos, pela companhia fiel e suporte diários.

Aos meus queridos companheiros e amigos de curso, o coeso grupo: Luiz, Anderson, Paula e Fabiano. Em especial Fabiano, que aproximou-se de forma tão estruturante e amável, tornando-se um incentivador, parceiro e mais que tudo, um amigo para toda a vida.

Ao meu namorado Rodrigo, pelo apoio e incentivo, por me lembrar sempre que o que temos no coração não pode ser ruim, nem errado porque é o que há de mais verdadeiro.

Ao Lucas, querido amigo, onde em nossas conversas sempre encontrei espaço para debate, filosofia e, claro, calorosas risadas que alimentavam a alma.

A Tânia Inessa pela contagiante paixão estampada nos olhos e nas palavras que me levaram a enxergar a beleza, intensidade e tristeza da loucura. Obrigada pelas supervisões sempre esclarecedoras, precisas e, sobretudo humanas.

A todos os frequentadores da Inverso, com quem experimentei uma intensidade de emoções, as quais sem dúvida me tornaram um ser humano melhor. Ao Tiago, parceiro na oficina de mosaico, por todo entusiasmo e brilhante autenticidade. Em especial, a Lis Radicchi, exemplo de sensibilidade, parceria e grande espelho para mim durante todo o percurso na Inverso.

A Marcella Laureano, pela paciência, crítica e comprometimento na construção desta monografia.



*“Os homens seriam mais felizes se
ao invés de muros construíssem
pontes”.*

Ditado Chinês

SUMÁRIO

RESUMO	vii
INTRODUÇÃO	08
CAPÍTULO 1 – O PARADIGMA PSICOSSOCIAL.....	10
CAPÍTULO 2 – COMPREENDENDO A DINÂMICA PSICÓTICA	19
2.1. Psicose:Uma lógica subjetiva	19
2.2. Um sujeito que delira...Um sujeito!	24
CAPÍTULO 3 – EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO NUM CENTRO DE CONVIVÊNCIA EM SAÚDE MENTAL	29
3.1. História e princípios da Inverso	29
3.2. Buscando meu lugar	32
3.3. Um lugar e um pouco mais...	35
CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41
ANEXOS.....	44

RESUMO

Este trabalho pretende abordar o paradigma psicossocial e sua proposta de lidar com a psicose, compreendendo que a partir deste modelo os abismos construídos ao longo da história da humanidade entre louco e são/psicótico e neurótico, podem receber pontes que estreitem ou tornem possíveis os encontros entre esses “opostos”. Partindo dos modelos de exclusão até chegar ao modelo psicossocial, pretendo abordar a relevância desse novo paradigma e a sua ótica sobre a loucura. A fim de esclarecer um pouco mais sobre a estrutura psicótica e a compreensão desta como uma lógica subjetiva, esboçarei a teorização de Freud e Lacan acerca da psicose, buscando priorizar na compreensão psicanalítica o resgate da loucura enquanto possibilidade humana. Faz-se necessária a relação entre psicanálise e modelo psicossocial, pois é a partir da compreensão da loucura como uma forma subjetivação e enquanto dinâmica singular que será possível o encontro entre as subjetividades, perpassadas pela tolerância, respeito e ética social. Será apresentada a história e proposta do Centro de Convivência em Saúde Mental– Inverso e minha experiência de estágio na mesma, a fim de ilustrar com a prática, a importante contribuição da compreensão psicanalítica acerca da loucura e os encontros possíveis conquistados por meio da convivência.

Palavras-chave: paradigma psicossocial, loucura, psicose, lógica subjetiva, Freud, Lacan, possibilidade humana, encontros.

Ao tentar compreender, lidar com o fascinante e intrigante universo da loucura, a humanidade têm mostrado toda a sua crueldade e criatividade ao longo da história. A exclusão, o afastamento, a tentativa de aniquilamento da loucura foram umas das formas que o homem – em sua forma mais cruel e intolerante – encontrou para lidar com esse estranho familiar, a loucura.

O paradigma psicossocial surge em contraposição à postura segregadora, higienista do modelo médico/hospitalocêntrico. Visando o resgate do sujeito que delira, que sofre, a proposta psicossocial surge como movimento alternativo, criativo. A idéia de que é possível construir pontes entre esses abismos criados nesses longos anos de exclusão entre a loucura e a normalidade, perpassa toda a base desse novo olhar sobre a loucura. A inclusão e não mais a exclusão torna-se premissa básica.

A partir de uma compreensão da dinâmica psíquica psicótica, neste trabalho, pretendo enlaçar a proposta psicossocial e sua postura diante da loucura e teoria psicanalítica e sua compreensão da dinâmica da psicose, enquanto lógica subjetiva.

No primeiro capítulo, o foco é o paradigma psicossocial. Passando rapidamente pelas formas de exclusão utilizadas como forma de segregação do louco da sociedade, mostrando os equívocos do olhar cientificista do modelo hospitalocêntrico, chego ao modelo psicossocial, e discorro sobre essa nova ótica diante da loucura, e o trabalho de sustentar a possibilidade de uma existência em meio a tanta falta.

Falta esta explicada no segundo capítulo, a partir da teoria psicanalítica e sua forma de compreender a loucura. Com base em Freud e Lacan, apresento o que é teorizado acerca da psicose e como tal compreensão pode auxiliar no trabalho psicossocial proposto no primeiro capítulo.

No terceiro capítulo, a fim de ilustrar o que é o casamento entre a teoria psicanalítica e sua contribuição acerca da psicose e o modelo psicossocial, relato minha experiência de

estágio num Centro de Convivência em Saúde Mental – Inverso. O nome já introduz um pouco de sua idéia: ser o contrário, o inverso nas formas segregadoras e manicomiais de lidar com a loucura. Local onde pude experimentar a intensa e rica experiência de conviver com a psicose, onde os ganhos, dificuldades e pontes possíveis foram vivenciados diariamente, pretendo com minhas reflexões ilustrar o que proponho nos primeiro e segundo capítulos.

Capítulo 1

O PARADIGMA PSICOSSOCIAL

*“Seria preciso reconhecer a diferença
do universo da loucura
frente ao universo da não loucura
sem que isto implique na retirada da loucura
do campo da verdade e na destituição da função sujeito”*
Joel Birman

A maneira de lidar com a loucura, com a saúde mental, durante anos vem experimentando diversos estilos de se constituir. Tal heterogeneidade revela dentre outras questões o estranhamento e o incômodo que o diferente sempre causou ao ser humano. A busca de estratégias para lidar com este estranhamento mostra o quanto é mobilizador ter de haver-se com o sofrimento humano. Seja por medo, angústia, estranheza, o que se sabe é que não há quem fique indiferente diante do louco. Como afirma La Haye (2007) “se tentássemos sobrevoar os séculos poderíamos facilmente constatar que o louco não é apenas um doente mental, mas, sobretudo, alguém que causa medo” (p.14).

Arelado a um modelo de exclusão observado desde¹ a Antiguidade onde a solução para lidar com o louco era isolá-lo do convívio social a fim de manter-se longe e para muitos afastar ainda a idéia de contaminação, para La Haye (2007) a exclusão explica-se, ainda, pelo medo que todos têm de sua própria loucura e que afastar-se do louco é mais uma vez como nos tempos remotos afastar-se do que a imaginação tratou de criar a respeito do desconhecido: “somos projetados aos grandes medos do espaço humano (...) o fim do mundo, a lepra, a peste, o câncer, ou a aids. (...) importa descobrir o que se passa quando somos confrontados àquele que é tão diferente. As causas reais já não bastam. (...) mergulhamos no abismo do fantasma imaginário” (p.95).

É estreita a relação do contexto histórico e a forma como a loucura é percebida, como aponta Ornellas (1997):

¹ Vir desde a Antiguidade não implica dizer que a exclusão veio sempre da mesma forma. Não há uma contínuo em relação às formas de exclusão.

O modo pelo qual a loucura é percebida, experimentada e reconhecida, em cada situação histórica, constitui elemento significativo no processo de compreender a construção das práticas e dos discursos que a colocam, ora na instância jurídica, ora na filosófica, e, por fim, na instância médica (p.85).

Práticas mais antigas como a de que todo aquele julgado amedrontador para a sociedade (loucos, prostitutas, deficientes) era lançando ao mar em uma embarcação, nas quais o isolamento dava-se não ainda por grades, ou camisas de força, mas por intermédio da água que os levava para longe em suas embarcações, até o final da Renascença e o apogeu da Era Clássica, onde “ocorre uma alteração da consciência da loucura, que aponta um rosto onde o positivismo irá acreditar reconhecer a loucura, cuja percepção só é possível em relação à ordem da razão, onde se situa o sujeito do conhecimento” (Ornellas, 1997, p.94), o que percebemos é que o trajeto da loucura sempre foi complexo e de difícil “solução”, colocando sempre a humanidade em contraposição consigo mesma e seus valores pré-estabelecidos.

Temos a preocupação burguesa do século XVII em manter uma ordem, como aponta (Foucault, 1987 citado em Ornellas 1997): “a preocupação burguesa de pôr em ordem o mundo da miséria; o desejo de ajudar e a necessidade de reprimir; o discurso da caridade e a vontade de punir” (p.90). Outras tantas formas de exclusão foram realizadas na história em diferentes culturas, o que faz pensar também no caráter sociocultural que a loucura possui. Isso tem como consequência os diferentes modos de ver a loucura e diferentes métodos de tratá-la.

Contudo, estreiço meus apontamentos para os modelos de exclusão citando o modelo médico/psiquiátrico e sua forma de enxergar o sofrimento psíquico. Passando pela Idade Média e Renascimento, chegamos à Revolução, onde um poder novo instala-se: o dos médicos. “Progressivamente, e sobretudo no transcurso do século XIX, os médicos vão se tornar os responsáveis pelos tratamentos dos doentes mentais, e inclusive, os diretores dos

manicômios” (La Haye, 2007. p 26). Como conta Ornellas (1997, p.85) “somente quando a psiquiatria se constituiu como um saber médico sobre a loucura e uma prática com a finalidade de tratá-la antes que curá-la, a loucura passou a ser considerada doença”.

A postura dos psiquiatras com intuito de ajudar é segregadora e hierarquizada. Seus métodos e pesquisas para tratar da loucura no século XX vão trazer demasiado sofrimento aos que deles são cobaias. La Haye (2007) cita exemplos de alguns desses métodos, como a hidroterapia²; o tratamento de Sakel³; o eletrochoque. Basaglia (1985) cita ainda o “garrote”⁴ como mais uma das violências usadas contra o paciente internado.

Cabe também aqui uma crítica ao olhar médico, pouco interessado, apontado por Saraceno (2001) como pouco eficiente no conhecimento do sujeito que busca ajuda: “o prevalecer de um olhar médico pode orientar para um saber sobre o paciente que, na realidade, informa muito pouco sobre suas necessidades, sobre seus desejos, sobre suas possibilidades”. (p.84)

Analisando tal modelo chegamos à conclusão de que em nenhum momento há espaço para o sujeito que sofre. Há sim uma preocupação com este sujeito no sentido de excluí-lo, curá-lo ou torná-lo igual dentro das normas sociais (normalizá-lo). Não há uma preocupação em compreendê-lo em sua diferença e é negado a esse sujeito o direito à liberdade de viver, de existir enquanto ser humano. Compartilho tais idéias com La Haye (2007) que afirma que “toda instituição que funciona na uniformização dos indivíduos, e em função de uma hierarquia militar ou paramilitar, é de tipo totalitário. Isso quer dizer que não há qualquer espaço para o livre-arbítrio e para a liberdade” (p. 36).

Segundo Tenório (2001):

² Consiste em colocar o paciente em uma banheira d’água fria ou quente, sob jatos de água de intensidade variável, vão resultar na sismoterapia, que tenciona curar os doentes por serie de choque. (La Haye 2007 p.30)

³ Provoca um pré-coma glicêmico: injeta-se insulina ao paciente. Este entra em coma e nele deve permanecer o tempo indicado pelo médico. (La Haye 2007 p.30)

⁴ Utilizado para fazer com que o doente desmaie através da sufocação. Joga-se um lençol sobre a sua cabeça, em geral molhado para que não se possa respirar, que depois se torce com força em torno do pescoço. Ele perde imediatamente os sentidos. (Basaglia, 1985. p. 100)

O que estudamos sob o nome de história da loucura é, na verdade, a história das respostas sociais à loucura. Em geral, essa resposta consiste em recusar, segregar e silenciar a diferença. A forma mais violenta que chegou até nós dessa recusa é a segregação pelo abandono em manicômios-depósito nos quais inexistem o esforço terapêutico. A reforma psiquiátrica, no fundo, é apenas o desejo de se opor a isso e estabelecer em seu lugar *formas mais generosas de tratar* (grifo meu). (p. 17)

A crítica da Reforma Psiquiátrica passa pela relação entre médico/instituição e paciente que é vista por Basaglia (1985) como violenta, “uma relação de opressão e violência entre poder e não poder, que se transforma em exclusão do segundo pelo primeiro” (p.101). Afinal, baseia-se na crença de que os manicômios não se configuram como locais de tratamento, mas sim como uma estratégia de exclusão social e de produção de sofrimento. A crítica de Basaglia estende-se ainda às instituições psiquiátricas que ele chama de “*instituições da violência*” (Basaglia, 1985, p.101) onde essa violência é justificada como necessária com finalidade de cura da “doença”. Agrego aspas à doença porque começo aqui também um movimento no sentido de repensar o *pathos* e a exclusividade do termo à doença. É preciso, como afirmam Resende e Carlos Filho (2004) “entender o que vem a ser o *pathos* e o que ele tem a ver com a idéia de patologia, desconstruindo a redução de *pathos* a doença” (p.92). Martins (1994, citado em Resende e Carlos Filho, 2004) em “O que é *pathos*?” traz uma conceituação para o termo que nos permite uma abrangência maior, *pathos* “seria compreendido como uma disposição originária do sujeito que está na base do que é próprio do humano” (p.4). Portanto, compreender *pathos* como parte do humano ajuda-nos a desfazer o reducionismo imaturo do termo à negatividade humana, à doença.

A idéia de *pathos* como uma “disposição afetiva fundamental que é organizadora e propulsora do destino humano” apresentada por Martins (1994) dá sustentação para o

argumento de que é preciso um pouco ou muito de *pathos* para caracterizar-se humano. A medida harmônica ou desarmônica dessa disposição em cada sujeito fornece uma singularidade à sua existência, na sua forma de estar no mundo, de lidar com a realidade e que, portanto, deve ser respeitada. Construo tal afirmação fazendo coro à Berlink (2000) que coloca que “*pathos* é um dado do mundo sublunar e da existência humana” (p.20).

Resende e Carlos Filho (2004) colocam *pathos* como “o que pode ser transformado em experiência, considerando-o como algo que enriquece e alarga o pensamento” (p.93) e voltam a criticar a descabida violência contra o sujeito de que nos fala Basaglia. Afinal, não há motivos para violentar aquele que simplesmente existe enquanto ser-no-mundo, compartilhando ele de um *pathos* ou não.

A respeito dos modelos de exclusão mais antigos La Haye (2007) afirma: “É verdade que esses métodos são perfeitamente arcaicos. Eles funcionam a partir de mecanismos passionais e são radicais: não deixam qualquer chance àqueles que foram excluídos” (p.17).

Não tão arcaico, estruturado em mecanismos radicais e muitas vezes passionais – mas principalmente dentro de um saber “científico” - o modelo médico⁵ também não dá chance aos que foram excluídos, o que faz com que ganhem corpo as críticas à sua postura.

Tais críticas fazem com que ganhe sentido uma “outra resposta” à loucura, proposta pela Reforma Psiquiátrica. Segundo Tenório (2001): “a reforma psiquiátrica é a tentativa de dar ao problema da loucura uma outra resposta social.(...) Em outras palavras, trata-se de agenciar o problema social da loucura de modo a permitir ao louco manter-se na sociedade”. (p.11)

A idéia da clínica da reforma psiquiátrica casa-se perfeitamente com o que Lobosque (1997) nos apresenta como a proposta do paradigma psicossocial: “fazer caber o louco na

⁵ Modelo para todos as profissões de saúde.

cultura é também ao mesmo tempo convidar a cultura a conviver com certa falta de cabimento, reinventando ela também seus limites” (p.23).

A tarefa da proposta do modelo psicossocial não se engendra de maneira fácil, nem tampouco é baseada em modelos científico-positivistas. A tarefa dá-se nas relações simples do cotidiano, como exemplifica Tenório (2001) ao citar um psicanalista falando de sua atuação na clínica da reforma: “Para recompor os laços do sujeito, procedemos como negociadores, operamos uma ‘micropolítica’. Intervimos, de um lado junto à família e à comunidade, para construir uma maior tolerância para com a conduta particular de seu membro; do outro, junto ao paciente (...) permitir que ele se torne ‘mais hábil socialmente’”(p.12).

Entender a loucura de um lugar diferenciado é o que Tenório (2001) coloca como uma das duas premissas básicas da reforma psiquiátrica: “Ao propor uma nova resposta à loucura, a reforma psiquiátrica se ancora em duas proposições básicas: a psicose é uma questão de sujeito, e tratá-la, uma questão de inclusão social” (p.13). É por isso que o modelo psicossocial é antagônico ao modelo hospitalocêntrico/médico citado anteriormente. O sujeito aqui é o principal e tratá-lo com humanidade faz-se premissa básica. Ainda com Tenório (2001):

Se a reforma nasce da crítica ao chamado modelo hospitalocêntrico, procuro demonstrar que a ênfase no hospital de internação, características desse modelo, é indissociável de uma perspectiva clínica essencial: a atenção exclusiva aos sintomas e a sua remissão. (...) A clínica da reforma procura deslocar o olhar dos sintomas para o sujeito, tomando a psicose como uma questão de existência. (p.15)

Compreender, portanto essa “questão de existência” nos remete a uma visão trazida pela psicopatologia existencialista⁶ quando fala do sujeito “enquanto ser-no-mundo”: “Deve-

⁶ Influenciada pela filosofia existencialista, é uma abordagem relativamente pouco conhecida, tem importantes implicações para a compreensão da existência da pessoa que apresenta transtornos psicológicos. O principal

se procurar antes de tudo ver o paciente tal como ele é realmente; descobri-lo enquanto ser humano, enquanto ‘ser-no-mundo’ e não como simples projeção de nossas teorias a respeito”. (Ionescu, 1997. p. 145)

Valorizar o sujeito enquanto ser-no-mundo é dar voz a esse sujeito em toda sua extensão. Inclusive na autonomia, onde o sujeito garante sua existência e suas idéias a partir da liberdade para expressar-se. Ionescu (1997) complementa tais idéias quando afirma:

No contexto de crítica das instituições psiquiátricas, do movimento de desinstitucionalização e de integração social dos pacientes, a abordagem existencialista chama a atenção sobre a necessidade de que o paciente possa tomar consciência de seu próprio poder de decisão e que possa exercê-lo em toda a liberdade (p. 146).

A idéia de autonomia se faz questão para a reforma psiquiátrica porque no modelo médico ela é totalmente deturpada. Como coloca Tenório (2001): “a noção de autonomia tende muitas vezes a denotar os desempenhos eleitos pelos profissionais como desejáveis segundo sua própria concepção de autonomia, e não aquilo que o sujeito vivencia como a maneira como a doença se articula em sua vida”. (p.65)

No movimento de inclusão e não mais de exclusão, o paradigma psicossocial acredita na importância das trocas sociais como um elemento reabilitador, reafirmador de autonomies:

A exclusão social da loucura se realiza, portanto, como negação do poder contratual do doente mental: ‘anula-se qualquer valor da pessoa que assegure como sujeito social (de trocas)’. Nessa perspectiva, reabilitar é construir ou reconstruir o poder contratual⁷ do paciente, criar as condições para que ele possa, de alguma maneira, participar do processo de trocas sociais (Tykanori, 1996, p.56).

representante dessa direção é Rollo May, que se encontrou durante um longo período à frente do movimento de psicoterapia existencialista americano. (Ionescu, 1997 p.147)

⁷ Autonomia dada ao indivíduo para que ele possa ser participante em suas relações de trocas sociais.

Ao levantar a bandeira da psicose como “questão de existência” e não mais de uma preocupação com o sintoma e com a cura deste, nem mesmo de compreender o tratamento como um retorno à normalidade, a idéia passa então a ser a de “formular os objetivos do tratamento em termos que visam a singularidade do sujeito” (Tenório, 2001,p 65).

O modelo psicossocial propõe ajudar a quem sofre, tomando muito cuidado com esse “ajudar”, pois é preciso estar atento aos sentidos e implicações que podem estar presentes em toda e qualquer relação de ajuda, como afirma Lobosque (2003):

A palavra “ajuda” implica por si mesma, em muitos riscos; principalmente por ser o pretexto comum da autoridade de todas as filantropias e do pedantismo de todos os privilégios. Afirmar que o outro precisa de ajuda pode ser, e muitas vezes costuma sê-lo de fato, uma forma de interferir, aliciar, tutelar, dominar, etc.

É na tentativa de exercer uma “ajuda sem domínio” que o trabalho psicossocial vai se delineando. É nesse sentido que Lobosque (2003) complementa:

A esta ajuda que se serve quando necessário de disciplinas e saberes psi, da farmacologia à psicanálise, mas sempre subordinando seu emprego a um projeto que não é psiquiátrico ou psicológico, mas político e social; a esta ajuda chamaremos de uma clínica em movimento: uma clínica que não caminha para si mesma, mas se combina e se articula com tudo o que se movimenta e se transforma na cultura, na vida, no convívio entre os homens. (p. 21)

Neste movimento de compreensão, respeito e ajuda, constrói-se lentamente uma convivência onde modelo o psicossocial ganha sua faceta humana, dando ao trabalho a postura mais clínica de todas: ajudar a viver, “ajudar o usuário em sua lida cotidiana por uma vida melhor” (Delgado, 1997, p.42).

O apoio da psicanálise torna o trabalho mais consistente ao ajudar a compreender a psicose de forma teórica e porque não dizer ao ajudar a “admitir a diferença radical e a dureza da condição psicótica” (Tenório, 2001, p. 18). A psicanálise auxilia, ainda, quando realiza a busca pelo sujeito, ou seja, quando acredita num sujeito “no qual se deve apostar” (Tenório, 2001, p. 18).

É preciso reconhecer a diferença na psicose e não mais tentar aboli-la. “Significa dar lugar àquilo que escapa a nossa operação cotidiana de sentido, admitir, enfim, o real da psicose como ponto de partida de nosso trabalho” (Tenório, 2001, p.18). O trabalho se constitui portanto numa insistente “recusa ideológica da anulação subjetiva do louco”(Tenório, 2001, p. 18).

“A psicanálise parece funcionar como uma tentativa de construir uma ponte entre esse lugar de quem vê o psicótico e o mesmo com sua experiência” (Ribeiro, 2007, p.74). A psicanálise não coloca a psicose como doença e sim como uma outra dinâmica psíquica possível ao lado da neurose e da perversão.

No capítulo que segue abordaremos as reflexões teóricas sobre a lógica subjetiva do funcionamento psicótico, a partir da leitura de Freud e Lacan, para assim darmos mais sentido ao trabalho proposto pelo paradigma psicossocial.

Capítulo 2

COMPREENDENDO A DINÂMICA PSICÓTICA

2.1. Psicose: Uma lógica subjetiva

*“O processo de construção do eu
é um processo complexo que parece simples”.*
Freud

O interesse da clínica psicossocial no “diagnóstico” diferencial (se psicótico, neurótico...) é porque este auxilia não na seleção de quem acolher ou porque acolher, mas sim porque o diagnóstico auxilia “a avaliar o modo, o limite e o alcance da nossa operação clínica em cada caso” (Lobosque, 2001, p.54). A idéia não é minimamente a de diagnosticar para rotular, ou ainda para ter o controle diante de cada caso, afinal, como critica Saraceno (2001): “a pretendida estabilidade e coerência dos sistemas diagnósticos é, por sua vez, um delito de soberba, enquanto escotomiza a fluidez, oculta a dúvida, afirma a certeza” (p.86).

O diagnóstico estrutural interessa portanto, por estarmos a fim de saber sua forma de estar no mundo, lidar com a realidade, com o simbólico e com o imaginário em sua subjetividade psíquica, “em que posição se encontra o sujeito face à linguagem” (Lobosque, 2001, p.55). Assim, será possível realizar manejos mais precisos e mais subjetivados. É preciso então como coloca Tenório (2001, p.18) “penetrar na lógica da loucura e, nela, assinalar ou permitir a construção dos pontos de localização do sujeito”.

O interesse de Freud pelo funcionamento da psique humana e ainda por como explicar de que forma seria constituído o sujeito, moveu a teoria psicanalítica. Seu entendimento do psiquismo passa pela idéia de que “o sujeito constrói o psiquismo para se defender de si mesmo, sendo aqui o si - mesmo entendido como seu universo pulsional” (Ribeiro, 2007, p.97).

Freud utilizou-se do mito *Édipo Rei* para teorizar sobre o Complexo de mesmo nome. Uma máxima de Freud nos ajuda a compreender a importância de tal Complexo na constituição

do sujeito para a psicanálise: “Cada pessoa que chega ao mundo humano se prepara para vencer o Complexo de Édipo” (Freud, 1901/1905, p.170).

É como afirma Ribeiro (2007), “com o complexo de Édipo, há a regulamentação dos prazeres possíveis à qual o sujeito se submete em prol de sua própria sobrevivência enquanto ser humano inscrito na comunidade humana, partilhando de suas regras e leis” (p.99)

Contudo, é com o caso Schreber⁸ que Freud consegue pensar melhor a questão do narcisismo e a importância dele para a estruturação do sujeito. Elia (1992) diz que do ponto de vista clínico, o que instigou a produção teórica freudiana foram as psicoses, pois foi a partir delas que Freud concebeu a teoria do sujeito relacionada à teoria do narcisismo. Ao debruçar-se sobre o caso, Freud já não compreende mais o narcisismo como um tipo de escolha, mas como fase do desenvolvimento.

Para Hornstein (1989) o narcisismo é definido “como uma etapa do desenvolvimento libidinal, do desenvolvimento do eu e das relações de objeto. Nela, se investe o eu como objeto, e esse investimento é imprescindível para sua constituição” (p.154).

Em seu texto de 1914 – *Sobre o narcisismo: uma introdução*, Freud distingue dois tipos de narcisismo: narcisismo primário e narcisismo secundário. No narcisismo primário, a primeira forma de satisfação da libido ainda seria na forma de um auto-erotismo. Não há nesse primeiro momento, uma diferenciação eu-outro. Narcisismo primário pode ser facilmente relacionado à libido do ego, enquanto no narcisismo secundário, o desenvolvimento da libido objetal. Nas palavras de Freud (1914) “a libido objetal atinge sua fase mais elevada de desenvolvimento quando o indivíduo parece desistir de sua própria personalidade em favor de uma catexia objetal” (p.85).

Freud destaca a posição dos pais na constituição do narcisismo primário dos filhos. Coloca que o amor dos pais aos filhos é o narcisismo dos pais renascido e transformado em amor

⁸ Caso de psicose o qual Freud teve acesso por meio do livro autobiográfico *Memórias de um Doente dos Nervos* (1903). Onde o protagonista, Schreber, relata seu processo de adoecimento, suas construções delirantes e as compreensões que construiu sobre si, o mundo e sua história.

objetal. O narcisismo primário representaria de certa forma, uma espécie de onipotência que se cria no encontro entre o narcisismo nascente do bebê e o narcisismo renascente dos pais. Nas palavras de Freud (1914/1996):

Se prestarmos atenção à atitude de pais afetuosa para com os filhos, temos de reconhecer que ela é uma revivescência e reprodução de seu próprio narcisismo, que de há muito abandonaram. (...) No ponto mais sensível do sistema narcisista, a imortalidade do ego, tão oprimida pela realidade, a segurança é alcançada por meio do refúgio na criança. O amor dos pais, tão comovedor e no fundo tão infantil, nada mais é senão o narcisismo dos pais renascido, o qual, transformado em amor objetal, inequivocamente revela sua natureza anterior. (p.97-98)

O narcisismo secundário pode ser dividido em dois momentos: no primeiro ocorre o investimento do bebê nos objetos e no segundo esse investimento retorna para o eu. O segundo momento é quando o bebê já consegue diferenciar seu próprio corpo do mundo externo, e isto torna possível identificar o quê e quem desse mundo externo é capaz de lhe satisfazer em suas pulsões sexuais. “O narcisismo secundário surge através da indução de catexias objetais” (Freud, 1914/1996, p.82). Em geral identifica a mãe e o seio. “A partir daí, o objetivo consistirá em fazer-se amar pelo outro, em agradá-lo para reconquistar o seu amor; mas isso só pode ser feito através da satisfação de certas exigências; a do ideal do seu eu.” (Nasio, 1988, p. 59)

O eu ideal é ao mesmo tempo substituto do narcisismo longínquo da infância, no qual ocorre o que podemos chamar de onipotência infantil⁹, como resultado da identificação das figuras parentais. Freud (1914/1996) diz que o narcisismo do indivíduo surge deslocado em direção a esse eu ideal, já que o eu infantil se acha possuidor de toda perfeição e valor. O indivíduo não está disposto a renunciar à perfeição narcisista de sua infância. O que o indivíduo projeta diante de si como sendo seu ideal é o substituto do narcisismo perdido da infância na qual

⁹ Momento de plena satisfação das pulsões sexuais.

ele era seu próprio ideal. O eu busca reencontrar a perfeição e o amor narcísico, mas para isso precisa satisfazer as exigências do ideal do eu. A partir daí, só é possível reencontrar-se através de um outro. “O que ele projeta diante de si como sendo seu ideal é o substituto do narcisismo perdido de sua infância na qual ele era o seu próprio ideal” (Freud, 1914/1996, p.101).

Le Poulichet (1997, citado por Moura, n.d.) diz que o que vem a perturbar o narcisismo primário é o Complexo de Castração. É por meio dele que se opera o reconhecimento de uma incompletude que desperta o desejo de recuperar a perfeição narcisista. Estamos diante da psicose. É como analisa Ribeiro (2007, p.134):

As condições para o estabelecimento de uma psicose, portanto, se dão bastante precocemente para o sujeito, em experiências iniciais de sua existência, nas quais o outro desempenha um papel fundamental. Paradoxalmente, ou não, ela se origina nas relações e leva um comprometimento das mesmas, tendo como característica importante um isolamento defensivo e protetor do indivíduo.

Freud (1918, citado em Birman, 1999) coloca a relação da psicose com a castração de forma mais aprofundada quando admite que em sua forma mais radical ela envolveria uma ausência de juízo sobre a realidade da castração que, entretanto, não ocorre por uma indiferença absoluta e sim através de uma rejeição, que segue acompanhada de uma atitude de deixar de lado e não fazer imediatamente um juízo sobre sua existência.

É, por fim Lacan quem melhor relaciona a diferença entre neurose e psicose com o reconhecimento ou não da castração pelo sujeito. Segundo Lobosque (2001): “a castração é aquilo que nos permite dialetizar a presença e a ausência, o vazio e o pleno, o sentido e sua falta. Assim seu acontecimento no registro simbólico é decisivo na estruturação do sujeito” (p.69).

A psicose nos mostra que o eu não está pronto. Que existe um processo complexo que começa no auto-erotismo, passa pelo narcisismo primário e por fim desemboca no narcisismo

secundário. É neste último que ocorre a escolha de objeto de um sujeito. Essa escolha, segundo Freud (1914/1996), se diferencia para neuróticos e psicóticos. Na neurose, o eu investe (faz sua escolha) no mundo e quando não há realização no mundo, volta para a fantasia. Na psicose, ocorre uma retirada definitiva da libido do mundo, voltando a libido para o eu e não para uma fantasia – constrói o delírio. O delírio, todavia é o narcisismo secundário na psicose. Nas palavras de Freud (1914/1996): “a megalomania característica desses estados¹⁰ aponta o caminho. A libido afastada do mundo externo é dirigida para o ego e assim dá margem a uma atitude que pode ser denominada de narcisismo” (p.82).

Os estudos de Lacan sobre o funcionamento normal do inconsciente foram em grande parte concebidos graças ao estudo da psicose (Nasio, 2001). A idéia essencialmente psicanalítica do inconsciente como sendo parte do sujeito, aliás, sua parte mais legítima, por meio de pensamentos, palavras e atos e que lhe escapam tornando possível ter acesso àquele sujeito, é aprofundada por Lacan (1955/56/1988) para considerar as diferenças da relação eu - inconsciente dentro de cada estrutura. Nasio (2001) explica a relação do inconsciente na neurose e na psicose a partir de sua leitura de Lacan:

Exatamente como o sujeito alucinado, o neurótico ouve a voz de seu inconsciente, mas a vivência é radicalmente diversa. Enquanto o neurótico, surpreso, admite que seu inconsciente fala através dele e que ele é seu agente involuntário, o psicótico, por sua vez, repleto de certeza, tem a convicção dolorosa e inabalável de ser vítima de uma voz tirânica que o aliena (p.39).

Quando Lacan diz: “Não é louco quem quer”¹¹, ele aponta para uma compreensão do psicótico como um sujeito com uma dinâmica própria, uma lógica subjetiva. Seguindo, portanto a postura freudiana diante da loucura que é “abordar a psicose como algo específico de determinado sujeito, que tem sua lógica e seu rigor, e não como um estado de espírito que

¹⁰ Freud aqui refere-se aos parafrênicos. Nomeação que ele utiliza para referir-se a psicose, em especial, esquizofrênicos.

¹¹ Quinet (1951/2003, p.3) cita que Lacan escreveu tal frase na sala de plantão do Hospital Saint-Anne, em Paris.

qualquer um pode apresentar. Trata-se de considerar a psicose como uma estrutura clínica diferente da neurose” (Quinet 1951/2003 p.3). É ainda compreender que “a teoria que Freud tem da psicose procede de sua teoria da neurose: ele parte do suposto de que a psicose também deveria poder ser entendida em termos dinâmicos” (Hornstein, 1989, p.171)

Segundo Calligaris (1989) tanto a estruturação psicótica quanto a neurótica constitui uma operação de defesa. Isso é necessário para que o sujeito consiga se subjetivar, consiga em alguma medida, ser sujeito.

2.2. Um sujeito que delira... Um sujeito!

*“Consegui meu equilíbrio
cortejando a insanidade”.*
Renato Russo

Freud (1924/1996) em “*A perda da realidade na neurose e na psicose*” distingue neuróticos e psicóticos pela via da realidade onde, então, a realidade entendida como a representação do que o Édipo proporciona ao sujeito no sentido de colocá-lo diante das grandes questões humanas. A realidade é, portanto, tudo aquilo que impede a satisfação. Freud (1924/1996) tenta nesse momento fazer de neurose e psicose pares de opostos. Para ele, na neurose, diante das questões a serem recalçadas (complexo de Édipo) num impulso pulsional, em um primeiro momento essas questões são recalçadas a fim de obedecer a realidade. Num segundo momento, esse recalque é vencido, ou seja, ocorre uma espécie de “fracasso do recalque”, fazendo com que o fragmento de realidade do qual se tentou esconder é perdido. Já na psicose, o primeiro passo diante do que está impedido, consiste na rejeição da realidade e em seguida, numa tentativa de reparar essa rejeição que se dá na criação de uma nova realidade no lugar da que foi rejeitada. “A diferença inicial assim se expressa no desfecho final: na neurose, um fragmento da realidade é evitado por uma espécie de fuga, ao passo que na psicose, a fuga inicial é sucedida por uma fase ativa de remodelamento (...) a neurose não repudia a realidade, apenas a ignora; a psicose a repudia e tenta substituí-la” (Freud 1924/1996, p. 207).

Assim, Freud (1924/1996) coloca neurose e psicose como diferentes topograficamente – na neurose “o ego rendeu-se à sua lealdade perante o mundo real” enquanto na psicose, o ego rendeu-se “à sua dependência do id” (Freud 1924/1996, p.208)

Ao mesmo tempo em que tenta essa diferenciação topográfica, Uchôa (1979) lembra que Freud não enxergava diferenças qualitativas entre neurose e psicose, sendo assim as descobertas no campo das neuroses aplicáveis às psicoses. As particularidades de uma e outra vão depender da intensidade dos conflitos, da profundidade das regressões patológicas e dos métodos de defesa utilizados pelo ‘eu’. Segundo Ribeiro (2007):

Se os sintomas da histeria, da neurose obsessiva, da fobia e da psicose alucinatória não são idênticos, é claro, todos remetem para a concepção fundamental de que o psiquismo seria dividido pela ação da defesa, em sua estratégia de evitar as experiências de dor e de sofrimento (p.14).

Dessa maneira, para Freud o que diferencia neuróticos de psicóticos é “o destino que o sujeito dá àquilo de que se defendeu” (Ribeiro, 2007, p. 97).

Freud (1923/1996) tenta também distinguir neurose de psicose afirmando que na neurose o conflito é entre eu e isso (ego e id) e na psicose entre o eu e mundo externo. Ao discorrer sobre o mundo externo, afirma que este governa o eu de duas formas: uma por meio de percepções atuais e presentes e outra por meio do armazenamento de lembranças de percepções anteriores, essas últimas, sob a forma de um mundo interno. Freud (1923/1996) coloca que na psicose

O ego cria, autocraticamente, um novo mundo externo e interno, e não pode haver dúvida quanto a dois fatos: que esse novo mundo é construído de acordo com os impulsos desejosos do id e que o motivo dessa dissociação do mundo externo é alguma frustração muito séria de um desejo, por parte da realidade – frustração que parece intolerável (p.168).

É a partir desta compreensão do delírio como uma saída possível que Nasio (2001) afirma: “as manifestações psicóticas como o delírio ou a alucinação não são efeitos imediatos de uma dada causa, mas conseqüências derivadas da luta travada pelo eu para se defender de uma dor insuportável” (p.36). Ribeiro (2007, p. 136) quando compara os modos de defesa neurótica e psicótica, afirma:

O ponto comum do qual partem neurose e psicose diz respeito a um funcionamento psíquico no qual a defesa parcialmente falha abre espaço para formações que contemplem um acordo entre o eu que se defende e o conteúdo incompatível que clama por ser tomado em consideração.

Lacan introduz às teorizações acerca da psicose o conceito de Foraclusão¹² do Nome-do-Pai. Para Lacan, a foraclusão é tomada como o mecanismo específico da psicose. O sujeito psicótico dentro desta compreensão não fez a simbolização do significante paterno (nome-do-pai), sendo a crise psicótica a caracterização de que “existe sempre alguma coisa como uma injunção feita ao sujeito psicótico de referir-se a uma amarragem central, paterna. Ele não tem a possibilidade de referir-se a esta amarragem, que não foi simbolizada por ele, e a partir daí começa uma crise” (Calligaris, 1989, p.20).

Contudo, a teoria psicanalítica quando explica a psicose a partir da falta, de um erro, de um “não-acontecimento”, infelizmente dá à psicose um caráter deficitário. Calligaris (1989) alimenta essa discussão quando coloca que o mecanismo de forclusão da função paterna define a psicose pelo negativo. Questionando o que então caracteriza o sujeito psicótico fora da crise: “o que seria positivamente a organização de um saber psicótico fora da crise? O que é uma subjetividade psicótica? O que é um sujeito fora da crise?” (p.20). Entretanto, ao mudar a forma de olhar para o delírio, sintoma por excelência da estrutura

¹² O termo *foraclusão* é de origem jurídica e designa um direito perdido porque não foi exercido em tempo hábil.

psicótica, a compreensão psicanalítica torna-se mais positiva acerca da psicose, pois é concebido como “uma tentativa de cura”, uma saída, um haver-se com sua condição:

E o paranóico constrói de novo o mundo não mais esplêndido, é verdade, mas pelo menos de maneira a poder viver nele mais uma vez. Constrói com o trabalho de seu delírio, esta formação delirante que presumimos ser o produto patológico, é, na realidade uma tentativa de restabelecimento, um processo de reconstrução. (Freud, 1911/1987)

Essa postura freudiana diante do delírio reinsere o sentido, a verdade e a positividade das produções do sujeito. Nos estudos sobre sonhos, lapsos de linguagem, atos falhos, sintomas e chistes, Freud aponta as expressões da ‘loucura’ comuns a todos nós, rompendo com os limites e a oposição entre normal e patológico (Birman, 1991). Dessa maneira, Freud reincorporou a loucura “à ordem da subjetividade humana” (Sterian, 2005, p. 43), em postulações onde não há normas, mas singularidades (Souza, 1992, citado por Sterian, 2005).

É esse olhar de Freud (1923/1996) sobre o ego procurando sempre evitar uma ruptura em qualquer direção e submetendo-se a usurpações em sua própria unidade, até mesmo, efetuando uma divisão de si próprio, que o faz compreender as “decisões” humanas como válidas por serem saídas possíveis, pois tornam “as incoerências, excentricidades e loucuras dos homens semelhantes às suas perversões sexuais, através de cuja aceitação poupam a si próprios repressões” (p. 170).

O modo de defesa do sujeito, na psicose é o delírio - entendido como uma tentativa de cura, de dar lógica e sentido à dinâmica psíquica. “O que se revela, com o delírio, é a delicada e refinada estrutura que sustenta o sujeito” (Ribeiro, 2007, p.141). Como afirma Tenório (2001), “ao localizar o sujeito no delírio (psicose) e naquilo que escapa à racionalidade do ego (neurose), a psicanálise redefine o campo de abordagem da loucura” (p.76)

Ao localizar na condição psicótica um sujeito, é preciso então compreender que o trabalho não é mais o de “*neurotizar*” um psicótico, não há a busca pela cura da psicose. Ocorre a compreensão de que esta condição é mais uma possibilidade de subjetivação, uma “questão de existência” (Tenório, 2001).

Tal compreensão mostra que a lógica não é mais a de excluir ou segregar, mas sim construir pontes para que neuróticos e psicóticos caminhem juntos respeitando suas diferenças, estreitando abismos, sendo sujeitos, donos de sua própria verdade e existência. Como coloca Lobosque (1997) ao analisar os recursos da psicanálise para a clínica da psicose e ainda descobrir nosso lugar e postura neste desafio, ela conclui: “Interessa-nos, sobretudo, as diversas formas que o psicótico pode encontrar, sozinho ou com nossa ajuda, com nossos meios técnicos, com o respaldo da cultura, para o trajeto bizarro que lhe permita permanecer dentro, estando fora” (p.45).

Um dos espaços que torna tudo isso possível é o Centro de Convivência em Saúde Mental - Inverso, local onde estagiei por um ano e meio e que mais do que estagiei, onde aprendi lições de respeito e tolerância ao próximo, onde adquiri um enriquecimento na minha formação acadêmica de ganhos imensuráveis e que me tornaram certamente um ser humano melhor.

Capítulo 3

EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO NUM CENTRO DE CONVIVÊNCIA EM SAÚDE MENTAL

“O respeito à dor não se revela na formalidade da postura, mas no seu acolhimento; não se revela nas cerimônias ocultas da polidez, mas na cordialidade do interesse verdadeiro”.

Lobosque

3.1. História e Princípios da Inverso

Este capítulo é dedicado a minha experiência de estágio em Saúde Mental que se deu no Centro de Convivência Aberto em Saúde Mental– INVERSO.

A Inverso é uma ONG em Saúde Mental que visa garantir o cuidado e os direitos das pessoas com transtornos mentais, oferecendo um espaço/lugar de convivência, de saúde, informal e aberto. Funciona gratuitamente, de portas abertas, adesão voluntária, sem listas de espera nem formalidades de inscrição e nem obrigatoriedade de frequência. A idéia desse espaço de convivência aberto começa em 2000 com um grupo de residentes do Curso de Especialização em Saúde Mental aos moldes de Residência Multiprofissional da Secretaria de Saúde do Distrito Federal que em conjunto com usuários dos serviços de Saúde Mental do DF, artistas, profissionais de saúde e estudantes de diferentes áreas decidem organizar a exposição “Varal da Casa Verde”. Tal exposição reuniu pinturas, esculturas e poesias de diversos usuários dos serviços de saúde mental da rede do DF. Houve também exibição de vídeos sobre o tema e performances de artistas da cidade.

Inspirada no trabalho de Nise da Silveira¹³ e seus ideais de utilizar a arte como forma de acessar e cuidar do sujeito em sofrimento psíquico, a Inverso surge compartilhando também dos princípios da proposta psicossocial onde busca-se fazer do sujeito adoecido um

¹³ Médica psiquiatra brasileira que dedicou sua vida à psiquiatria e manifestou-se radicalmente contrária às formas agressivas de tratamento de sua época, tais como o confinamento em hospitais psiquiátricos, eletrochoque, insulino-terapia e lobotomia. Auxiliou a remodelar a psiquiatria no Brasil por meio da utilização/estimulação da arte em seu trabalho com os pacientes.

sujeito social, que produz trocas sociais. Incentivando a participação comunitária na proposição de alternativas comprometidas com as realidades locais, tornando necessária a adoção de ações que resultassem em novos coletivos, surge a Inverso. Como aponta Campos (2003):

Deve-se reformular a clínica, tomando não apenas a doença, mas o sujeito enfermo, ampliar as práticas de promoção à saúde, articular-se em equipes interdisciplinares, ampliar espaços em que se atende além do consultório e da sala de procedimentos, o domicílio, a escola, o bairro, a rua etc. Mas, sobretudo, cuidar das pessoas, pensando-as inseridas em redes sociais: o território, a família etc. (p.154).

Desde março de 2001- data de sua fundação - a Inverso tem realizado ações políticas, culturais, e de cunho terapêutico, no sentido da defesa do ideário da Reforma Psiquiátrica. Nas palavras de Amarante (1997):

O principal objetivo da reforma Psiquiátrica constitui-se em poder transformar as relações que a sociedade, os sujeitos e as instituições estabeleceram com a loucura, com o louco e com a doença mental, conduzindo tais relações no sentido da superação do estigma, da segregação, da desqualificação dos sujeitos ou, ainda, no sentido de estabelecer com a loucura uma relação de coexistência, de troca, de solidariedade, de positividade e de cuidados. (p.165)

Um dos eixos fundamentais que sustentam a Inverso é o de “desfazer a idéia secular que associa a loucura à improdutividade” (Radicchi, 2009, p.10). Por meio da convivência espontânea, cotidiana, apoiada na realização de atividades-meio¹⁴ e oficinas culturais (informática, artesanato, culinária, mosaico, produção de vídeos, canto...) é possível promover o aumento do poder contratualidade de cada sujeito, que segundo Saraceno (2001, citado por

¹⁴ Atividades-meio refere-se a idéia de que a atividade serve como mediadora/oportunizadora da relação eu - outro e não como fim em si mesma.

Radicchi, 2009) quando o profissional simbolicamente empresta seu poder contratual para o sujeito adoecido, ele serve de espaço para que as potencialidades do outro se evidenciem.

A Inverso caracteriza-se como um *serviço de alta qualidade* (em sua complexidade). Para tal adjetivação, basta saber o que está sendo chamado de um serviço de alta qualidade – segundo Saraceno (2001), “é um serviço que se ocupa, de todos os pacientes que a ele se referem e que oferece reabilitação a todos os pacientes que dele possam se beneficiar” (p.95). Afinal, a reabilitação na Inverso não só é possível, como via de regra, no sentido de que o trabalho é feito visando que aquele sujeito não precise limitar-se àquele espaço para se subjetivar e reconstruir cidadania, mas sim, que busque outros espaços, *reabilitando-se* socialmente.

Na realização das oficinas, na busca pelo comparecimento do sujeito - seja realizando a atividade, seja escolhendo não realizá-la, seja começando e parando na metade - o ganho é por retirarmos o foco da diferença e reposicionando-o frente à sustentação da singularidade. O termo “*reabilitação social*”, utilizado pelos autores psicossociais, define bem o processo que ocorre quando é dado ao sujeito autonomia e inclusão social. Segundo Pitta (2001), “a reabilitação psicossocial é concebida como o processo de facilitar ao indivíduo com limitações, a restauração no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade” (p.19).

As oficinas funcionam ainda como uma espécie de mediador que possibilita a interlocução, pois ao realizar a atividade juntos, é possível oferecer um espaço de escuta e fala legitimada. Nomeadas por Saraceno (2001) de *interações operativas*, toda a troca psicológica e/ou material realizada nos espaços onde o sujeito possa se experimentar, “são essas interações operativas (entre pacientes e outros, entre pacientes e vida material, entre pacientes e as respostas que ele recebe, entre pacientes e lugares) o patrimônio ao qual podemos ter acesso e que pode se modificar sob a força de uma intervenção que crie as condições para que

o sujeito possa exercitar “mais” escolhas” (p.94). Lobosque (2001) dá ainda uma definição prática das oficinas: “uma atividade coletiva, que remete seus participantes, através da produção, à convivência com o social” (p.100).

Como aponta Ribeiro (2007) a importância da “possibilidade de que aquele sujeito, a partir do momento em que é escutado e recebido por um outro, criar um lugar para si enquanto sujeito, singular, autoral, específico. Não mais um alienado aos cuidados e ao saber de um outro a seu respeito, mas alguém que tem voz e algo a dizer”¹⁵.

3.2. Buscando meu lugar

*“Eu do seu lado aprendendo a
ser louco, um maluco total,
na loucura real”.*

Raul Seixas

No primeiro semestre de 2008, fui acolhida na Inverso como mais uma estagiária/participante. O local ainda me era desconhecido, bem como os participantes e toda a prática de funcionamento. Ao chegar lá, no primeiro dia, lembro-me de ter encontrado algumas pessoas conversando próximas de onde seria o endereço da Inverso que eu estava na mão. Dirigi-me a elas, perguntando se elas poderiam me informar onde ficava a Inverso, se eles conheciam e podiam me dizer onde ficava. Eles sorriram e me disseram que estavam indo pra lá. Perguntaram meu nome e fomos juntos para a Inverso. Eles eram participantes e eis então a minha primeira lição, no primeiro dia de estágio: Não existe estampado na cara de ninguém a loucura! Como eu estava carregada de preconceitos e imagens do senso comum que nos dizem e diferenciam do outro de forma tão estigmatizada e cruel!

Iniciei o estágio na oficina de mosaico, às sextas-feiras, junto com um psicólogo recém formado que tinha criado a oficina há pouco mais de um ano. Aprendi como fazer mosaico e de como o espaço para escuta e troca acontecia naturalmente entre a colagem de um azulejo e outro. Dividir histórias, contar piadas, partilhar sonhos e decepções foi

¹⁵ Referência sem página por ter sido retirada da orelha do livro.

parecendo ser a melhor maneira de estar ali, de tornar a minha crença nos princípios da reforma psiquiátrica real e possível para mim.

Por muitas vezes, quando o sofrimento de algum participante era muito intenso e roubava minha crença de que tudo aquilo que estava sendo feito tão despretensiosamente podia ser útil para aquela pessoa, nas minhas supervisões de estágio, juntamente com a professora Tânia Inessa¹⁶, me colocava a refletir e pensar/entender que ouvi-lo, acolhê-lo, suportá-lo mais do que qualquer outra postura, era o que eu podia fazer e que sim, isso era de grande ajuda. Eis outra lição: é preciso acreditar nas pontes possíveis que construímos através de um olhar, uma abraço, uma escuta interessada ou ainda de um estar disponível para o que possa surgir.

Nas supervisões de estágio, a partir das leituras da clínica psicanalítica, foi possível visualizar na prática a contribuição dessas para os objetivos do modelo psicossocial. A partir da compreensão do sujeito psicótico e sua lógica de subjetivação, tornou-se possível fazer da convivência uma espaço *ético* – que se engendra na singularidade, legitimidade da subjetivação psicótica, e *terapêutico* – por ser uma espaço de cuidado, no qual a partir de interações e posturas que façam sentido nesta outra lógica de subjetivação, construímos encontros e trocas genuínas entre sujeitos legítimos.

As diferentes histórias, pessoas, delírios que se encontram na Inverso, tornam o lugar mágico, intenso, vivo e cheio de subjetividades que não podem ser descartadas. Buscar destinos possíveis para cada demanda, de forma singular, é o desafio desse trabalho tão humano.

Encontrar o meu lugar na Inverso durante o estágio de um ano e meio foi outro desafio superado a cada dia. Participando da oficina de mosaico - que nada mais é do que quebrar um azulejo inteiro em pequenos pedaços e reorganizá-los de um outra forma, colando em

¹⁶ Professora supervisora do estágio.

diferentes posições, construí duas metáforas: uma com a psicanálise quando fala do sujeito psicótico buscando reformular-se de outra maneira por meio do delírio e outros sintomas – como afirma Ribeiro (2007):

O delírio (...) como construção última em prol da manutenção de um estado de coisas que o processo de organização defensiva do psiquismo gerou (...), uma tentativa de reconstrução, de remendar os buracos criados ao longo da guerra que se armou em prol de uma defesa (p.138). (...) O delírio tem, como função, amarrar um sujeito despedaçado em um ensaio de história coerente (p.140).

E outra, a respeito do conviver com a diferença. No mosaico não há peça certa ou errada. É uma construção, uma união de várias partes únicas que constituem um todo – que por sinal, conclui-se sempre belíssimo por reunir tanta idiossincrasia! Trabalhos lindos foram sendo criados, o que culminou na idéia de revitalizar uma praça pública próxima à Inverso com mosaicos nos bancos e mesas da praça. A idéia era ampliar mais uma vez a atuação dos freqüentadores para além do espaço da Inverso, ir para a rua, para novamente legitimar sua presença de maneira, literalmente, concreta na sociedade. Souza, Vasconcellos & Amarante (2004) ressaltam a necessidade de estar em outros espaços:

Fazer saúde mental na rua, na comunidade ou no bairro implica em deixar de lado a regularidade mais ou menos segura dos serviços e ficar diante da imprevisibilidade radical da vida cotidiana. Não é tarefa fácil colocar-se diante do novo, da vida das pessoas, no meio dos acontecimentos, entretanto, é lá que é preciso estar, pois é lá que as coisas acontecem (p.27).

A praça que foi concluída e inaugurada em maio de 2009, e recebeu o nome de Esquina da Loucidez¹⁷. (Vide fotos em anexo)

¹⁷ *Loucidez* é um neologismo criado pelos freqüentadores da oficina de mosaico que une loucura e lucidez.

No outro semestre, ainda buscando meu lugar lá, porém um pouco mais confiante da prática e da leveza com que o trabalho pode ser levado, comecei a frequentar também a oficina do Jornal O cabeSã às quartas-feiras. Produzido pelos participantes, com matérias e colunas escritas por eles, individualmente ou em parceria uns com os outros, é uma incrível forma de expressão disponibilizada para aquelas pessoas que há muito não eram ouvidas, lidas ou sequer notadas na sociedade. Cada dia frequentado por mim nesta oficina era também de grande lição e intensidade de emoções. Pessoas querendo falar de seus problemas, outras querendo falar de política, religião, saúde, medicação... Um verdadeiro caos, onde o desafio era não organizar o caos, mas permanecer nele!

Na busca pelo meu lugar, fui tentando compreender porque muitas vezes o contato é tão difícil e o que parece mais fácil é recuar diante da psicose. Tenório (2001) fala um pouco sobre isso quando afirma:

A inclinação a recuar diante da psicose é intrínseca à neurose que nos constitui e à operação que institui o social. (...) nosso funcionamento depende de uma operação simbólica que define um campo domesticado, a realidade, e o que escapa a essa operação e resta não domesticado nos acoisa apenas eventualmente como real. A psicose nos confronta com a manifestação reiterada desse real não domesticado, traz à nossa presença aquilo que escapou e escapa a essa operação de sentido, e, por isso, de forma truculenta (segregando) ou mais sutil (denegando) costumamos recusá-la. (p. 17)

3.3. Um lugar e um pouco mais...

“O movimento da nossa clínica tem sua própria dança, aquela que só cria e encontra seu ritmo num movimento social”.
Lobosque

Escrever sobre os momentos diversos que me tornaram parte da “família Inverso”, é difícil por parecer que as palavras estão sempre aquém de toda a experiência vivida e

partilhada. Entretanto, o esforço para dividir todos os ganhos (pessoais e acadêmicos) faz-se necessário para enriquecer o que foi dito até aqui.

A convivência que a Inverso possibilita a todas as pessoas que lá frequentam é sem dúvida o grande ganho terapêutico. Estar dividindo momentos de pré-crise, crise e poder contornar ou passar por isso na ausência de medidas mais drásticas como a internação, utilizando “apenas” a sutil arte do falar e escutar, suportar a dor e se colocar a disposição, me garante e põe-se como fato de experiência vivida de que a saída não é mesmo a exclusão e sim, o estar junto na maioria das vezes.

Um lugar e um pouco mais faz referência não só ao meu espaço conquistado na Inverso, como também ao espaço que a Inverso representa na vida de cada frequentador. Tendo como meta ser mais um lugar de passagem – mais um espaço onde o sujeito pode se redescobrir através da convivência e do trabalho realizado, para então lançar-se novamente para o mundo, para a sociedade. Tenório (2001) define bem: “o paradigma da reabilitação psicossocial tem um caráter pedagógico, de educação para a vida social, mas também traz para o primeiro plano a questão da existência: tratar é ajudar a recuperar a competência social” (p.54).

Fazer parte de um todo muito maior é o que estamos buscando com esse trabalho. Reinsere o sujeito. É do resgate que estamos falando num primeiro momento, mas logo em seguida em reinserção. “Trata-se de todo um investimento para agenciar a presença do psicótico nos lugares que lhe são fechados por certas formas de organização da sociedade: a família e o trabalho, o lazer e a arte, a responsabilidade e a lei (...) enfim, mediar a reconstrução de um convívio”. (Lobosque, 2001, p. 97). Afinal, se a Inverso se limitasse a ser mais um espaço “especializado” para pessoas que sofrem de transtorno mental, seria novamente um espaço de exclusão social.

É preciso encorajar muitas vezes o sujeito a tomar a legitimidade de sua capacidade de participar da sociedade, e deixar-se permitir viver de fato. Nas palavras de Souza, Vasconcellos & Amarante (2004): “é ‘permitir’ outro trânsito, que gradativamente irá apontar para a tão almejada transformação social, permitindo à loucura e ao sujeito em sofrimento psíquico co-habitar num espaço múltiplo, atravessado por singularidades, diferenças e conflitos, permitindo à loucura um lugar de fato, na vida (p.25-26)”.

É preciso então acreditar nesse sujeito, na sua capacidade, em sua singularidade. Como afirma Ribeiro (2007): “a aposta que se faz no psicótico como uma pessoa é uma aposta ética, algo que a psicanálise com seu arcabouço conceitual possibilita e exige: que o outro seja sempre considerado em sua singularidade, não importando quem ele seja” (p.77)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

*Eu acredito na tolerância,
na amizade e no respeito.*

O que se faz claro - principalmente quando se está dentro de uma prática de modelo psicossocial - é que existe um sujeito, um ser humano e, ser neurótico ou psicótico, diz apenas e tão somente, de uma forma de ser no mundo.

Não descarto a importância das teorizações acerca da psicose, no auxílio da compreensão da psicose, entretanto, acredito no distanciamento entre a prática e atuação com a psicose e suas teorizações, por isso faço coro às idéias de Lobosque (2001) de que : “alguns dos obstáculos que encontramos relacionam-se a um desenvolvimento ainda por fazer-se na teoria” (p.96). Afinal, o que se conclui numa experiência de convivência como a da proposta da Inverso, é que a teoria sempre fica aquém das relações, do contato, da prática propriamente dita. Ou seja, toda a dimensão subjetiva arrisca-se a limitar-se quando teorizamos a respeito da psicose. No convívio, toda a gama de trocas, experiências e subjetividades, oportunizado muitas vezes pelas oficinas, são o que Lobosque (2001) chama de “fazer pensantes – vivos e belos – que não podem, como também não necessitam, inscrever-se no registro da teoria” (p.100).

A teoria é sim útil para compreender por um ponto de vista o sofrimento psíquico e poder assim engendrar ações possíveis a partir de conceituações e entendimentos acerca da lógica de funcionamento. Entretanto, o que vejo como a grande contribuição da teoria é poder compreender a psicose com uma possibilidade, uma estrutura com uma dinâmica própria, pois tal visão nos permite certa tolerância e mais ainda, uma cumplicidade por estarmos então falando de dinâmica para dinâmica (neurose para psicose). Sem hierarquizações.

Faz-se necessário, portanto, que a diferença seja vista antes de tudo como mais uma possibilidade. Tal visão da loucura é teoricamente apoiada pela idéia da psicanálise ao tentar

compreender o sujeito e sua complexidade, pois mostra ser possível múltiplas formas de se constituir enquanto dinâmica psíquica.

A compreensão de que o delírio - produção por excelência da condição psicótica – como tentativa de cura, ocupa um lugar de extrema importância para o sujeito e sua dor perante o mundo e a realidade, afinal, como propõe Ribeiro (2007): “o psicótico, por meio do delírio, mantém intocadas, certezas arduamente construídas, que lhe possibilitam uma existência nesse mundo” (p.140). Tal compreensão torna o contato, a experiência de convivência com o psicótico muito mais tolerante, por ser então a ótica, de que há um sofrimento e aquela foi a maneira que o sujeito conseguiu lidar com tudo aquilo. Como aponta Ribeiro (2007): “pelo delírio o sujeito constrói um discurso para dizer algo sobre a sua angústia insuportável” (p.14).

Além de permitir o questionamento das variadas/possíveis percepções da realidade que é questionada por Quinet (2003): “estaria o louco fora da realidade? Somente o neurótico teria o privilégio da realidade?” Vou mais a fundo e acrescento ainda o questionamento: A realidade é um privilégio? Meu questionamento compartilha com Quinet (2003) a idéia de que:

A realidade para o homem é modelada à sua imagem, assim como o *eu* é o reflexo do sujeito nos objetos do mundo. É por isso que o conhecimento a que tem acesso o eu, a partir do que percebe o mundo, é sempre paranóico, pois é sempre a partir do eu, como se desvela na paranóia, que o sujeito concebe e conhece o mundo. (p.45)

Torno questão o privilégio da realidade também por uma convicção de que o real é incompartilhável em sua totalidade. Como coloca Tenório (2001) a realidade, o sentido, é “uma operação simbólica que define um campo domesticado” (p.12). A “escolha” neurótica ou psicótica do que fazer da/na vida depende antes de tudo da escolha do que seria sua

realidade. O neurótico, segundo Freud (1924/1996), fantasia, e essa é a sua realidade. O psicótico, delira, e essa é a sua realidade. Por que a insistência de compartilhar realidades então, quando esta é moldada a partir de cada sujeito? “Quem sabe se para o psicótico não somos nós quem estamos fora do lugar?” (Ribeiro, 2007, p. 74)

Não significa, contudo, que a postura deva ser de passividade/aceitação, afinal, esta relação do psicótico com a realidade dói, faz sofrer, atormenta e limita o sujeito. Encontrar o sujeito, o singular em meio a tantos plurais, de realidades e sentidos, talvez seja o desafio que se instala a cada novo contato e interação. Não pretendo, contudo, ao apontar a existência de um sujeito na psicose, ou apostar nas pontes possíveis entre neuróticos e psicóticos, cair na armadilha que Tenório (2001) coloca como uma “redução da complexidade da condição psicótica a uma discussão humanista sobre a cultura, (...) a romantização da loucura”. Afinal é preciso reconhecer a “dureza da condição psicótica” (Tenório, 2001, p. 17) para só então partirmos para um trabalho de compreensão, reinserção e cuidado com cada sujeito a quem nos propomos ajudar.

A proposta de convivência dentro do modelo psicossocial, dentro dessas novas práticas de atenção em Saúde Mental, mostra que a qualidade da relação entre neuróticos e psicóticos não passa somente pela via do compartilhamento de realidades, mas sim pelo respeito e tolerância à realidade alheia seja ela fantasiada ou delirante.

Compreender a dimensão do humano, demasiadamente humano nas relações estabelecidas, construídas, é o que torna possível, acreditar na solidez das pontes entre as lógicas subjetivas e sua forma de apresentar-se para o mundo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amarante, P. (1997). Loucura, cultura e subjetividade. Conceitos e estratégias, percurso e atores da reforma psiquiátrica brasileira. *Saúde e Democracia: a luta do CEBES* (Fleury, S.org.). São Paulo: Lemos editorial.
- Amarante, P. (2000). *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (2006). Rumo ao fim dos manicômios. *Viver Mente e Cérebro*, 14(164), 30-35.
- Souza, A., Vasconcellos, M., Amarante, P. (2004). Novas perspectivas em Atenção Psicossocial. *Dynamis Revista Tecno-científica*, 12 (46).
- Basaglia, F. (1985). *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Graal. (Trabalho original publicado em 1968)
- Birman, J. (1991). *Freud e a interpretação psicanalítica: a constituição da psicanálise*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- Birman, J. (1992). “A cidadania tresloucada”. Em Bezerra, B. e Amarante, P. (Orgs.). *Psiquiatria sem hospício – Contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- Berlink, M. T. (2000). *Psicopatologia Fundamental*. São Paulo: Escuta.
- Calligaris, C. (1989). *Introdução a uma Clínica Diferencial das Psicoses*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Campos, G.W.S. (2003). *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec.
- Elia, L.(1995) *Corpo e Sexualidade em Freud e Lacan*. Rio de Janeiro: Ed. UAPÊ.
- Freud, S. (1987). “Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia (dementia paranoides)” (1911). *Edição Standard brasileira das Obras psicológicas completas de S. F.* Rio de Janeiro: Imago.

- Freud, S. (1996). “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade” (1901/1905). *Edição Standard brasileira das Obras psicológicas completas de S. F.* Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1996). “A perda da realidade na neurose e na psicose” (1924). *Edição Standard brasileira das Obras psicológicas completas de S. F.* Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1996). “Neurose e psicose” (1923/24). *Edição Standard brasileira das Obras psicológicas completas de S. F.* Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1996). “Sobre o narcisismo: uma introdução” (1914). *Edição Standard brasileira das Obras psicológicas completas de S. F.* Rio de Janeiro: Imago.
- Hornstein, L. (1989). *Introdução à psicanálise*. São Paulo: Escuta.
- Ionescu S. (1997). *Quatorze abordagens de Psicopatologia*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lacan, J. (1988). *O seminário, livro 3, As psicoses (1955/56)* Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lobosque, A. M. (1997). *Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos*. São Paulo: Hucitec.
- Le Poulichet, S. (1997). O Conceito de Narcisismo. Em Nasio, J-D. *Lições sobre os sete conceitos cruciais de psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- Lobosque, A. M. (2001). *Experiências da loucura*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Lobosque, A. M. (2003). *Clínica em movimento: por uma sociedade sem manicômios*. Rio de Janeiro: Garamond.
- La Haye, J. L. (2007). *A morte do manicômio: história da antipsiquiatria*. São Paulo: Imaginário.
- Moura, J. (n.d.). O conceito de narcisismo na construção teórica da psicanálise. Retirado do *Psicologado.com – Portal de Psicologia*.
<http://www.psicologado.com/site/artigos/psicanalise/o-conceito-de-narcisismo-na-construcao-teorica-da-psicanalise>
- Martins, F. (1994). O que é pathos? Em *Psicopathologia I - Fundamentos*. P.2-17, Universidade de Brasília. Instituto de Psicologia, Brasília.

- Nasio, J. D. (1988). *Os 7 conceitos cruciais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Ornellas, C. P. (1997). *O paciente excluído*. Rio de Janeiro: Revan.
- Pitta, A. (2001). *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec.
- Quinet, A. (2003). *Teoria e clínica da psicose*. Rio de Janeiro: Forense Universitária. (Trabalho original publicado em 1951)
- Radicchi, L. C. A. (2009). *Inverso, o centro de convivência aberto em saúde mental como um espaço de acolhimento da crise: relato de uma experiência*. Trabalho de conclusão de curso de especialização, Universidade de Brasília, Brasília.
- Ribeiro, A. M. (2007). *Em busca de um lugar: itinerário de uma psicanalista pela clínica das psicoses*. São Paulo: Via Lettera.
- Saraceno, B. (2001). *Libertando Identidades. Da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia. TeCorá Editora.
- Sterian, A. (2005). *Esquizofrenia*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Tenório, F. (2001). *A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.
- Uchôa, D. M. (1979). *Psiquiatria e psicanálise*. São Paulo: Sarvier.

ANEXOS



Oficina de mosaico



Oficina de mosaico



Praça antes de ser revitalizada com mosaicos



Praça revitalizada - Esquina da Loucidez



Um dos bancos da Esquina da Loucidez