



Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Departamento de Psicologia Clínica
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

Psicose, família e crise:
Inserções psicanalíticas em um serviço multidisciplinar

Cristina Martins Ribeiro

Orientador Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa

Brasília

2014



Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Departamento de Psicologia Clínica
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

Psicose, família e crise:
Inserções psicanalíticas em um serviço multidisciplinar

Cristina Martins Ribeiro

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura no Instituto de Psicologia como parte dos requisitos exigidos para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientador Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa

Brasília

2014



Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Departamento de Psicologia Clínica
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

Psicose, família e crise:
Inserções psicanalíticas em um serviço multidisciplinar
Cristina Martins Ribeiro

Banca Examinadora

Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa (Presidente – PsiCC/PCL/IP/UnB)

Prof. Dr. Luiz Augusto Monnerat Celes (Membro– PsiCC/PCL/IP/UnB)

Dr. Ivan Guilherme Hamouche Abreu (Membro externo – Adolescente de Brasília)

Prof^ª Dra. Maria Isabel Tafuri (Membro suplente – PsiCC/PCL/IP/UnB)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a meus pais e minha irmã, pelo incentivo e a inspiração de construir uma carreira acadêmica.

Ao meu marido, pela paciência e ajuda em momentos cruciais.

À amiga e companheira de clínica Hayanna, por estar próxima quando as coisas se tornavam muito cansativas e sempre estar disponível para me ajudar a pensar.

Ao meu analista, que se figura como coautor das transformações necessárias em mim, para que esse trabalho conseguisse se realizar.

Ao meu orientador, que soube me dar espaço e voz para que minhas ideias conseguissem achar um lugar nas diversas páginas desse trabalho.

E a todos familiares, amigos, amigas e pacientes, que são protagonistas em minha vida e criam um sentido especial para tudo o que foi compartilhado nessa dissertação de mestrado.

X. E por isso assim ocorre. Com palavras e gestos, as pessoas procuram alcançar-se. Quase deslocam os braços, pois os acenos são breves demais. Esforçam-se infinitamente para jogar sílabas uns aos outros, e nisso são também maus jogadores pois não conseguem segurar a bola. E assim o tempo passa, e eles se inclinam e procuram – assim como na vida.

XI. E a arte nada fez senão mostrar-nos a confusão na qual quase sempre nos encontramos. Ela nos inquietou, em vez de nos fazer silenciosos e calmos. E provou que cada um de nós habita uma ilha diferente; só que as ilhas são distantes o suficiente para que permaneçamos solitários e despreocupados. Um pode molestar o outro, ou assustar, ou perseguir com lanças – mas ninguém pode ajudar o outro.

XII. Para passar de uma ilhota a outra há somente uma possibilidade: perigosos saltos, nos quais se arrisca mais do que os pés. Surge um eterno vai e vem de pulos com acasos e ridículos; pois pode acontecer que dois saltem um em direção ao outro, ao mesmo tempo, de forma que só se encontrem no ar, e depois dessa cansativa troca estão tão distantes – um do outro – quanto antes.

XIII. Isso não chega a ser estranho; pois, de fato, as pontes para o outro, sobre as quais se chega bela e solenemente, não estão em nós, mas atrás de nós, como nas paisagens de Frei Bartolomeu ou nas de Leonardo. O fato é que a vida culmina em personalidades distintas. De topo a topo, porém, a trilha conduz pelos mais vastos vales.

XIV. Quando duas ou três pessoas se encontram, não por isso estão juntas. São como marionetes, cujos fios estão em diversas mãos. Só quando uma mão todas dirige é que surge entre elas uma comunhão, que as obriga à reverência ou à agressão. E as forças da pessoa estão onde seus fios terminam, numa mantenedora e dominadora mão.

XV. Somente na hora compartilhada, na tempestade compartilhada, naquele cômodo onde se encontram, é lá que se acham. Quando há um fundo por trás deles, é só ali que começam a ter contato uns com os outros. Precisam, sim, reportar-se àquela uma pátria. Precisam, por assim dizer, mostrar um ao outro os documentos que trazem consigo e que todos contêm o sentido e a insígnia do mesmo soberano.

XVI. Seja o canto de um candeeiro ou a voz da tempestade, seja o respirar da noite ou o gemido do mar que o rodeia – sempre desperta por trás de você uma vasta melodia, tecida por mil vozes, na qual só aqui e ali há espaço para você fazer um solo. Saber quando é a sua vez – eis o segredo da solidão. Assim como a arte do verdadeiro relacionamento é deixar-se cair do alto das palavras naquela melodia compartilhada.

R. M. Rilke, *A melodia das coisas*

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	i
EPÍGRAFE	ii
RESUMO	iv
ABSTRACT	v
1 CONTEXTUALIZAÇÃO	01
1.1 SAÚDE MENTAL	02
2 O CUIDADO EM MOMENTO DE CRISE	16
3 CONTRIBUIÇÕES PSICANALÍTICAS ACERCA DA SUBJETIVIDADE	54
4 SOBRE FAMÍLIA E PSICOSE	35
4.1 O OLHAR SISTÊMICO	43
5 CONTRIBUIÇÕES PSICANALÍTICAS SOBRE AS RELAÇÕES	54
6 FRAGMENTO CLÍNICO 1 – A PERDA DO FILHO E A PERDA DO PAI	64
6.1 TERAPIAS INDIVIDUAL E FAMILIAR – COMPARTILHAMENTOS E LIMITAÇÕES	73
7 FRAGMENTO CLÍNICO 2 – QUANDO A MÃE SE TORNA FILHA	77
8 CONTRIBUIÇÕES PARA A TERAPIA INDIVIDUAL	84
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	96

RESUMO

Este trabalho teve por objetivo mostrar algumas formas de inserção da psicanálise no Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do Tipo Psicótico (GIPSI). Através da perspectiva metodológica de estudo de caso, o próprio grupo foi tomado como objeto de pesquisa. Como contribuição mais detida, o presente estudo traz o olhar sobre o indivíduo a partir de eixos norteadores da patologia, nos quais se elaboram hipóteses clínicas como organizadas em torno da economia, da tópica e da dinâmica psíquica, valorizando o que pode ser construído em terapia a partir da relação transferencial, possibilitada pelo enquadre analítico introjetado no analista. Utilizando dois fragmentos clínicos multiprofissionais como exemplo de tais elaborações, o estudo traz as principais contribuições psicanalíticas acerca de como se pode pensar a saúde mental, a ética do cuidado como norteadora de atitudes terapêuticas, a escuta das defesas e fantasmas individuais como auxiliares para a clínica familiar e a psicanálise do mundo interno do paciente para embasar ações psicossociais. Observamos que em serviços multiprofissionais as contribuições da psicanálise são mais significativas no que tange o olhar do analista para contribuir com diálogos entre profissionais e com a ética do tratamento a ser dispensado, ao invés de ser na dimensão da clínica individual. Outra contribuição diz respeito à terapia familiar como promoção de um ambiente suficientemente bom para o desenvolvimento psíquico e capaz de suportar a emergência de um ego que coloque em xeque a estrutura familiar vigente. E também trazemos o pensamento de Green para a compreensão do limite da clínica a partir da consideração de que este deve ser experimentado pela dupla terapeuta-paciente, subordinando as classificações psicopatológicas à consideração do que é passível ou não de ser analisado.

Palavras-chave: Psicanálise, psicose, família, crise, saúde mental.

ABSTRACT

This work aimed to display some manners of psychoanalytical insertion in Early Intervention in First Psychotic-Like Crises Group (GIPSI/UnB). A case study methodology takes the group itself as a research object. As a more detailed contribution, this study brings about the regard on the individual from the guiding axes of pathology, from which clinical hypotheses about the psychic economy, topic and dynamic are elaborated, truly valuing that which can be built in therapy through transference made possible by the analytical setting introjected in the analyst. From two clinical fragments as examples of such clinical and multiprofessional elaborations, this study further develops the main psychoanalytical contributions regarding mental health, care ethics as guide to a therapeutic posture, the listening of individual defenses and phantoms as an aid to family clinic and the psychoanalysis of the patient inner world to assist psychosocial actions. In multiprofessional mental health services, the contributions of psychoanalysis are more significant in terms to promote the dialogue between different professionals through the ethics of treatment, rather than improve clinical thoughts on the individual psychotherapy. Another contribution considers family therapy as a place that can transform families in a good enough environment for the patient able to support the emersion of his/her ego. We also bring the Green's understandings that only the *therapist-patient* encounter shows the clinical limits, subordinating a psychopathological state under consideration of what can be analyzed.

Key words: psychoanalysis, psychosis, family, crisis, mental health.

1 CONTEXTUALIZAÇÃO

*Era uma vez uma coincidência que saiu a passeio em companhia de um pequeno acidente. Enquanto passeavam encontraram uma explicação, uma velha explicação, tão velha que já estava toda encurvada e encarquilhada, que mais parecia uma charada.
Lewis Carrol (1997) p. 225*

A presente dissertação surgiu a partir do desejo de refletir sobre a experiência clínica na qual me proponho a trabalhar desde 2008, o atendimento a pessoas em crise do tipo psicótico dentro de um grupo clínico/acadêmico que busca ser criativo e ético em sua forma de manejar essas crises. Depois de passar algum tempo vivenciando as experiências clínicas inerentes ao nosso trabalho, surgiu então a necessidade de estudar a clínica que estava sendo feita pelo GIPSI (Grupo de intervenção precoce nas primeiras crises do tipo psicótico), e nesse sentido, acredito que o ponto de vista da experiência clínica do próprio terapeuta inserido no grupo é capaz de proporcionar a intimidade necessária que permite escrever sobre nuances dessa clínica.

Um dos elementos de trabalho clínico mais inovadores que temos no grupo é o fato de atendermos a pessoa que teve uma crise do tipo psicótico e, obrigatoriamente, sua família. Junto a isso também oferecemos atendimento nas áreas de terapia ocupacional e assistência social. Por ser um trabalho relativamente novo no âmbito dos serviços de saúde mental brasileira, e especificamente em Brasília, optamos nesse estudo por tomar o próprio grupo como objeto de pesquisa analisando-o pelo método de estudo de caso, através do arcabouço teórico da psicanálise.

Nesta dissertação propomos mostrar algumas formas de inserção da psicanálise em uma equipe multidisciplinar para atendimentos de crise do tipo psicótico.

Apresentaremos contribuições psicanalíticas acerca de como se pode pensar a saúde mental, a ética do cuidado como norteadora de atitudes terapêuticas, a escuta das defesas e fantasmas individuais como auxiliares para a clínica familiar, a análise psicanalítica do mundo interno do paciente para embasar ações psicossociais e o olhar sobre o indivíduo a partir de eixos norteadores da patologia, nos quais elaboram-se hipóteses clínicas como organizadas em torno da economia, da tópica e da dinâmica psíquica, valorizando o que pode ser construído em terapia a partir da relação transferencial possibilitada pelo enquadre analítico introjetado no analista. Faremos isso por intermédio de revisão de literatura da área, relacionando-a com o objeto de estudo e mostraremos dois fragmentos clínicos que servirão de exemplo para ilustrar tais contribuições psicanalíticas.

1.1 SAÚDE MENTAL

O Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do Tipo Psicótico (GIPSI) foi criado em 2001 na Universidade de Brasília pelo Professor Ileno Izídio da Costa (Costa, 2010). A intenção inicial foi a de proporcionar um serviço de saúde mental que não tivesse como enfoque principal, o tratamento psiquiátrico das chamadas psicoses. Porém, o que estaria sendo proposto e qual fundamentação teórica sustentaria a prática clínica no ambiente da universidade? Antes de responder diretamente à essa pergunta, retomaremos brevemente ao contexto no qual ela foi gerada.

A reforma psiquiátrica já há muito que vem sendo propagada pelo mundo, e um dos marcos foi o tratamento dado por Pinel na França. Tenório (2002) ao comentar tal fato traz a seguinte história:

Reza a lenda que, em 1793, Couthon (uma das três maiores autoridades da revolução francesa, ao lado de Robespierre e Saint-Just) teria inspecionado pessoalmente o hospital de Bicêtre, recém-assumido por Pinel. Após os primeiros

contatos com os loucos, Couthon teria dado por encerrada a inspeção, dizendo ao responsável: “Ah!, cidadão, você também é louco de querer desacorrentar tais animais? ... Faça o que quiser. Eu os abandono a você. Mas temo que você seja vítima de sua própria presunção”. Ao que Pinel teria respondido: “Tenho a convicção de que estes alienados só são tão intratáveis porque os privamos de ar e liberdade, e eu ousa esperar muito de meios completamente diferentes” (p. 25).

Muitos são os que, assim como Pinel, acreditaram que algo diferente poderia ser feito aos pacientes psiquiátricos e contribuíram para as mudanças que hoje em dia observamos no âmbito da saúde mental, em específico no Brasil. Uma dessas mudanças foi a aprovação da Lei 10.216 de Saúde mental (Brasil, 2001), que visa a proteção dos direitos individuais de pessoas com transtornos mentais e a mudança no modelo assistencial de saúde mental. Podemos dizer que as mudanças propostas pela reforma estão em implementação no Brasil e que, além da falta de infraestrutura física, temos um déficit na formação dos profissionais de saúde, os quais acabam por manter uma prática clínica pautada pela psiquiatria tradicional, com anamneses focadas nos sintomas físicos que servirão para decidir o tratamento e a medicação a ser utilizada.

Apesar das mudanças observadas no cenário da saúde mental brasileira nos últimos cem anos, também é perceptível que algumas condições psíquicas ainda possuem um manejo muito pouco desenvolvido fora da psiquiatria. Nesse sentido, chamamos a atenção para as crises do tipo psicótico, que são as crises atendidas por nosso serviço. A escolha por denominarmos crises do tipo psicótico, e não somente crise psicótica, surgiu por discordarmos da nosografia psiquiátrica que classifica os estados mentais de acordo com o conjunto de sintomas levantados em sua anamnese. O nosso serviço busca desconstruir a certeza observada por esse tipo de avaliação do estado mental, pressupondo

que o funcionamento psíquico para ser apreendido com maior clareza demanda uma escuta atenta à comunicação da angústia individual e do impacto que a construção de sintomas provoca no meio familiar.

E por isso, é impossível concluir *a priori* que os sintomas elencados como psicóticos pela nosografia psiquiátrica, de fato, correspondem a crises psicóticas (Costa, 2010). Ou seja, enquanto o DSM-IV (APA, 2000') utiliza o código 298.8 para transtorno psicótico breve, que é descrito por uma série de critérios, como “o início súbito de pelo menos um dos seguintes sintomas psicóticos positivos: delírios, alucinações, discurso desorganizado (e.g. descarrilhamento frequente ou incoerência), ou comportamento amplamente desorganizado e catatônico (Critério A)” (p. 329), acreditamos que tais sintomas podem ser observados em outros tipos de crise como uma crise depressiva ou histérica, por exemplo, em que a mera classificação isolada do sintoma não permite nenhuma elaboração sobre o psiquismo e o meio que o gerou.

Nesse contexto, a crise suscita um caráter emergencial e, individualmente, remete à incapacidade de utilização de recursos psíquicos para lidar com alguma situação da realidade externa ou interna que surgiu. Porém, outras duas dimensões, além da sintomatológica, nos são cruciais para a compreensão do tipo da crise: as das dinâmicas familiar e individual. Acreditamos ser imprescindível ter contato com o ambiente familiar no qual um sintoma foi estruturado para que seu sentido e significado possam ser melhor compreendidos na dinâmica interna do sujeito, ou seja, precisamos entrar em contato com as relações.

Uma das razões para que o tratamento de crises do tipo psicótico tenha se tornado o nosso nicho de ação é por ser um fenômeno quase que exclusivamente submetido à avaliação psiquiátrica, conseqüentemente, é a principal porta de entrada para tratamentos

medicamentosos que nunca terminam, internações sucessivas e, onde é permitido, uso de eletroconvulsoterapia, que muitas vezes serão posteriormente justificados através de um diagnóstico de esquizofrenia. Acreditamos ainda que alguns dos fatores que ratificam essa prática são o fato de ser esse o tratamento que a psiquiatria, sozinha, se prontifica a dispensar. As teorias psicológicas, em sua maioria, recorrem ao atendimento psiquiátrico em momentos que julgam tratar-se de uma crise e como tal critério é vago em diversas teorias, muitas vezes, ele corresponde à ansiedade do terapeuta em se julgar incapaz de lidar com alguma situação. No final, o que observamos é que as justificativas que levam um psicólogo a recorrer à psiquiatria tornaram-se difusas tanto para o psicólogo, como para o psiquiatra e principalmente para o paciente.

Uma crise que envolve os sintomas chamados psicóticos apesar de muitas vezes não apresentar violência (Silva,2013), costuma trazer situações que desorganizam todo o meio à sua volta, isso devido ao próprio caráter da crise na qual o sujeito torna-se de difícil acessibilidade às influências externas e reage prioritariamente de acordo com as ocorrências do mundo interno. Além disso, há a própria experiência, para quem está de fora, de entrar em contato com as suas próprias angústias primitivas através do que está sendo vivido com um sujeito em crise.

O ambiente que costumamos encontrar nessas situações é composto geralmente por familiares e amigos assustados, que seja por carinho ou não, querem o mais rápido possível que medidas sejam tomadas para que a desorganização e a angústia que a pessoa em crise está passando pare de ser compartilhada com todos em volta e retorne a ser sentida somente pela pessoa em crise.

Encontramos também familiares e amigos intimamente preocupados com o que está acontecendo com o paciente, e são justamente essas pessoas que não aceitam as

soluções psiquiátricas tradicionais e recorrem a outros serviços que priorizam o sujeito acima de seu sintoma. Essas são as pessoas que aderem ao tratamento no GIPSI sabendo que terão que se engajar em terapias familiares com o intuito de trabalhar pontos nodais da relação e, conseqüentemente, passarão por sofrimentos ao longo do tratamento. Mas elas também acreditam que terapia não é tortura, e sentem a necessidade de resolver melhor certos assuntos, tendo por base, a própria experiência pessoal, de alívio posterior à resolução de uma questão interna. São pessoas que aceitam, pelo menos inicialmente, a ideia de fazerem parte do sofrimento de outra pessoa.

Por ser uma situação altamente complexa de se manejar, acreditamos que, socialmente, a solução tradicional de medicações que inibem a subjetividade e a indicação de interações, ainda é bastante aceita por oferecer além do alívio para os que estão perto, também oferece um bálsamo para o imaginário popular que consegue ver no louco encarcerado a realização da fantasia de dominação, contenção, distanciamento e punição dos seus próprios impulsos. Esse é um dos pontos, que observamos, ser difícil de mudar pois, para que as reformas sejam implementadas, a sociedade cobra que qualquer alternativa de tratamento a ser oferecida seja “tão eficiente” quanto a da psiquiatria tradicional. Outros serviços públicos na área de saúde mental, que dizem respeito a políticas de enfrentamento ao uso de drogas e aos manicômios judiciais, também são exemplos de trabalhos na área, fortemente influenciados pelo imaginário popular que cobra a dominação, culpa e punição das próprias fantasias nos outros, o que nos faz ter como um dos principais obstáculos para o tratamento a própria cultura.

Quando ocorre então a eclosão de uma crise psicótica, geralmente, quem está próximo fica confuso sobre qual atitude tomar e acaba por acionar a polícia, os bombeiros ou o SAMU. Na maioria das vezes, a ação desses profissionais, culmina na contenção física ou medicamentosa da pessoa em crise e, conseqüentemente, em seu

encaminhamento para um ambulatório psiquiátrico. Nesse ínterim, a vizinhança, os colegas de trabalho, ou quem quer que estivesse em volta no momento do surto, já foram mobilizados emocionalmente. Além disso, alguém terá que se responsabilizar por acompanhar a pessoa até o hospital, assim como alguém terá que se responsabilizar por sua saída. Ou seja, uma crise suscita mobilizações institucionais, sociais, familiares e individuais, que faz com que o seu manejo precise levar em consideração todas as esferas nas quais ela vai se manifestar. A solução psiquiátrica de retirar o sujeito de todas essas esferas não oferece apoio nem para quem foi abalado pela experiência, nem integra o papel dessas em relação à crise.

Não acreditamos porém, que a psiquiatria por si só deva expandir a sua atuação para os demais locais influenciados e influenciadores da crise, até porque correríamos o risco de simplesmente reproduzir o cuidado manicomial fora do manicômio, a partir de instruções sobre medicações que devem ser rigidamente controladas e administradas dependendo de como a pessoa se comporta, ou sobre isolamentos sociais necessários para garantir a paz com vizinhos e amigos, como observamos à medida que ocorre certa psiquiatrização e psicopatologização da sociedade. Ao contrário, acreditamos que outros profissionais de saúde também devam trabalhar com crises do tipo psicótico, já que há muito para ser trabalhado com psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e ainda outros dependendo da especificidade demandada.

Então a partir do incômodo sobre a forma como o sistema de saúde atual ainda lida com pacientes psicóticos, compartilhamos a hipótese de que, se a intervenção psicossocial for feita ainda nas primeiras crises, ou seja, quando ainda não há a cronificação de quadro psicótico, talvez seja possível evitar a institucionalização da pessoa, assim como lhe garantir mais autonomia sobre sua vida. E o que trazemos de diferente para promover a não institucionalização é a integração das terapias familiar e

individual para o tratamento em crises do tipo psicótico, junto a ações psicossociais realizadas por outros profissionais da saúde. Assimilamos das teorias psicológicas familiares e da psicanálise, a compreensão do papel da família como sendo crucial no desenvolvimento de crises desse tipo, sobre o qual entraremos em detalhes mais adiante.

A partir dessas premissas foi fundado o GIPSI, um grupo clínico-acadêmico multidisciplinar que conta atualmente com o trabalho de profissionais nas áreas de psicologia, terapia ocupacional, assistência social, pedagogia e ciências sociais. Ele funciona na Universidade de Brasília e é um grupo de organização horizontal, na qual as opiniões de todos têm o mesmo peso, assim como o planejamento das intervenções terapêuticas, que podem começar em ações psicossociais em território, por exemplo, para depois constituir-se um setting de terapia na clínica-escola. O foco é retirar o conhecimento psiquiátrico/neurológico do centro do pensamento sobre a crise e privilegiar as dinâmicas familiar e individual para ocuparem esse lugar e assim poderem fomentar um novo tipo de cuidado.

O grupo possui as seguintes condições de aceite do paciente (Costa, 2010): ter entre 13 e 55 anos de idade; ter sintomas e/ ou manifestações prodrômicas pela primeira vez; ter sido hospitalizado pela primeira vez, portanto sem história de internação manicomial; estar nos primeiros três meses de tratamento, quando se tratar de psicose já diagnosticada; ter uma família disponível para acompanhar o paciente identificado e com o compromisso de comparecer aos atendimentos solicitados e a crise não ter causa orgânica (abuso de drogas, lesões, traumatismos etc.).

O que é importante salientar é que a clientela é composta por pessoas que não estão em uma condição psicótica cronicada, e que se houve algum surto psicótico este

não é oriundo do uso de substâncias psicoativas, de alguma lesão cerebral ou outra causa física.

Por ser um grupo composto por diferentes profissionais das áreas de saúde e de humanidades, sendo que alguns ainda estão em formação, optou-se por não impor somente uma abordagem a todos os participantes, mas sim aceitar o desafio de construir uma prática que pudesse ser enriquecida pelo pensamento de abordagens diferentes. Enquanto a prática interdisciplinar tem sido beneficiada pela pluralidade de pensamentos, o exercício individual de elaboração teórica da prática, exige o rigor da escolha de uma única abordagem para que seja mantida a coerência e consistência das ideias apresentadas.

No trabalho de Costa (2003) o autor parte do questionamento sobre o que é esquizofrenia, para então desenvolver um pensamento filosófico que demonstra a imprecisão e inconsistência que o termo esquizofrenia possui no âmbito da saúde mental. Ele propõe os termos ‘sofrimento psíquico grave’ e ‘crise do tipo psicótico’ como alternativas de nomenclaturas que ao invés de constituírem diagnósticos falaciosos, buscam promover o olhar fenomenológico sobre o sujeito e sua condição psíquica. Esse esforço surge na tentativa de promover um novo diálogo na área de saúde mental que impulse os profissionais a novas posturas a respeito do tipo de fenômeno a ser cuidado.

O incômodo gerado pelo tratamento psiquiátrico tradicional foi objeto de reflexão de vários pensadores como Basaglia (1979), Szasz (1979) entre outros, e aqui trataremos em especial a contribuição de Foucault (1982) sobre o papel da psicanálise no âmbito da saúde mental. Esse autor traz que a psicanálise inaugurou um olhar completamente diferente do que até então se tinha sobre os ditos doentes mentais, impulsionando uma nova ética e conseqüentemente uma nova técnica.

A psicanálise surgiu em um momento quando a medicina já tinha tomado para si a questão das chamadas ‘doenças mentais’, e constituiu a partir daí um poder sobre o destino do doente mental que se resumia em expurgá-lo da sociedade através da prerrogativa de oferecer tratamento. De fato, uma passagem de Foucault, citada por Kahn (1970), traz o momento psiquiátrico dominante na sociedade do início do século XX, e como a psicanálise se insurgiu de forma completamente distinta desse movimento trazendo novas formas de enxergar o sofrimento humano.

Portanto, enquanto a vítima da doença mental está inteiramente alienada na pessoa real do médico, o médico dissipa a realidade da doença mental no conceito crítico de loucura. De maneira que o que sobre, além das formas ocultas do pensamento positivista, é apenas uma única realidade concreta: a dupla médico-paciente, na qual todas as alienações se resumem, se ligam e se desligam. E é nessas condições que toda a psiquiatria do século XIX realmente converge para Freud, o primeiro homem que aceitou com toda a seriedade a realidade da dupla médico-paciente, o primeiro que não tentou ocultá-la numa teoria psiquiátrica que mais ou menos se harmonizasse com o resto do conhecimento médico; o primeiro que acompanhou suas consequências com absoluto rigor. Freud desmistificou todas as outras estruturas dos asilos: aboliu o silêncio e a observação, eliminou o auto reconhecimento da loucura no espelho do seu próprio espetáculo, silenciou os pedidos de condenação (Foucault, apud Khan, 1970, p. 118).

Foucault neste excerto traz a análise da mudança de postura inaugurada por Freud a partir de sua forma de olhar a relação médico-paciente que engendrou novas ações em saúde mental. Chagnon (2009) nos chama a atenção sobre o que foi mudado pela psicanálise ao comentar que o viés psiquiátrico acaba por não dizer nada a respeito da

função, lugar ou significação dos sintomas e comportamentos na economia psíquica do indivíduo, ignorando a história deste, assim como seu ambiente relacional e social, nos quais os sintomas foram produzidos e possuem sentido. Ele salienta que essa forma de pensar é muito diferente da tentativa que a psicanálise faz de abordar a psicopatologia, já que esta parte do que é comunicado pelo sujeito para daí deduzir seu funcionamento mental, pois acredita que este é amplamente inconsciente em sua modalidade e determinação.

O pensamento psicanalítico faz então um giro no qual o saber sobre a doença sai do domínio do médico para o do paciente, e este torna-se o portador da verdade sobre si mesmo. É interessante perceber que Freud impulsiona uma nova ética de saúde mental, sem parecer se preocupar de fato com isso, como observado por Foucault (1982), que argumenta que é possível encontrar no cerne da psicanálise as questões com o cuidado de si, porém que este não teria sido de fato levado muito em consideração, de maneira clara e corajosa por Freud. Nesse ponto é importante falar sobre as questões que Foucault retoma de Sócrates ao falar do *cuidado de si*.

A noção de *epiméleia heautoû*, que significa *o cuidado de si*, é o solo, o fundamento a partir do qual se justifica o imperativo *gnôthi seautón - conhece-te a ti mesmo*. Tais conceitos são complementares e remetem ao cuidado que o sujeito deve ter com a própria alma, sendo que o caminho para esse cuidado seria o do autoconhecimento. Foucault nos fala da abrangência dessas noções situando o seu campo de ação, como sendo a atitude para consigo, para com os outros e para com o mundo. O cuidar de si implica que se converta o olhar do que seria externo, dos outros, do mundo, para dentro de si mesmo. Tal conversão do olhar possui o intuito de tornar o indivíduo mais atento ao que ele mesmo pensa e ao que se passa no pensamento. É nesse momento que podemos

traçar paralelos entre o tratamento psicanalítico e a noção de cuidado de si como discutido por Foucault.

A famosa frase *Wo Es war, soll Ich werden* “Onde estava o Id, ali estará o Ego”, (Freud, 1996m, p. 84); cunhada já em um período tardio da obra de Freud, pode ser vista como uma passagem que remete à mudança já operada no pensamento analítico acerca do que o tratamento poderia oferecer. Tal preocupação sobre o papel da análise sempre foi uma constante no pensamento freudiano e nessa época, o autor já acreditava que para além da razão sintomatológica que levou a pessoa a procurar tratamento, o mais importante era o conhecimento sobre si, incluindo sobre os conflitos internos, que ela poderia adquirir através da experiência de análise, e então o que ela faria com esse conhecimento era uma escolha dela. Dessa maneira, o cuidado de si oferecido pelo método analítico passou então a se fundamentar no conhecimento de si. Anteriormente, a resposta à pergunta, *o que a psicanálise pode oferecer?* ainda em *Estudos sobre a histeria* Freud (1996a) respondia da seguinte maneira:

Quando prometo a meus pacientes ajuda ou melhora por meio de um tratamento catártico, muitas vezes me defronto com a seguinte objeção: “Ora, o senhor mesmo me diz que minha doença provavelmente está relacionada com as circunstâncias e os acontecimentos de minha vida. O senhor, de qualquer maneira, não pode alterá-los. Como se propõe ajudar-me, então?” E tem-me sido possível dar esta resposta: “Sem dúvida o destino acharia mais fácil do que eu aliviá-lo de sua doença. Mas você poderá convencer-se de que haverá muito a ganhar se conseguirmos transformar seu sofrimento histérico numa infelicidade comum. Com uma vida mental restituída à saúde, você estará mais bem armado contra essa infelicidade (p. 316).

À primeira vista, não parece encorajador o que o tratamento poderia oferecer, porém ao nos reportarmos à época de Freud, podemos chegar à conclusão formulada por Khan (1970) de que foi revolucionário poder oferecer ao indivíduo a infelicidade comum quando antes ele era tratado como objeto bizarro do ridículo social ou como um estorvo que devia ser manipulado por processos médicos e reduzido a uma prática de submissão. Porém, esse foi apenas o pontapé dado pela psicanálise na questão cuidado, e o que a diferenciou tanto do cuidado médico de até então, foi o fato de esta não se reportar a uma noção de cura. Khan (1970) ainda comenta que talvez isso tenha se dado porque a psicanálise freudiana não conseguiu encontrar um conceito de cura que tivesse alcançado o respeitável *status* do mais erudito e infalível, e por isso preferiu não adotar nenhum.

Ao complementar o propósito da psicanálise, Freud a distanciou mais dos propósitos médicos que se acostumaram a desenvolver o seu saber a partir de uma lógica científica pautada em causa e consequência, e a aproximou mais da filosofia antiga defendida por Platão. Foucault chamou de filosofia a forma de pensamento que se interroga sobre o que permite ao sujeito ter acesso à verdade; e a espiritualidade como o conjunto de buscas e práticas que constituiriam, para o ser do sujeito, o preço a ser pago para ter acesso à verdade. Nesse sentido, a verdade que seria obtida por intermédio da espiritualidade colocaria em jogo o próprio ser do sujeito modificando-o. Na passagem abaixo pode ser visto como Foucault (1982) relaciona a questão da verdade e espiritualidade, com a psicanálise.

Se podemos reconhecer uma falsa ciência pela sua estrutura de espiritualidade (isto é evidente, todos os cientistas o sabem), não se deve esquecer que, em formas de saber que não constituem precisamente ciências, e que não devemos assimilar à estrutura própria da ciência, reencontramos, de maneira muito forte e muito nítida, alguns elementos ao menos, algumas exigências de espiritualidade. (...) Se

considerarmos uma e outra, sabemos bem que, por razões totalmente diferentes, mas com efeitos relativamente homólogos, no marxismo como na psicanálise, o problema a respeito do que se passa com o ser do sujeito (...) e a consequente questão acerca do que pode ser transformado no sujeito pelo fato de ter acesso à verdade, estas duas questões repito, absolutamente característica da espiritualidade, serão por nós encontradas no cerne mesmo destes saberes ou, em todo o caso, de ponta a ponta em ambos. De modo algum afirmo que são formas de espiritualidade. O que quero dizer é que nestas formas de saber reencontramos as questões, as interrogações, as exigências que, a meu ver – sob um olhar histórico de pelo menos um ou dois milênios –, são as muito velhas e fundamentais questões da *epiméleia heautoû*, e portanto da espiritualidade como condição de acesso à verdade. (p. 28)

Por ser a psicanálise uma experiência que leva o sujeito a se confrontar com a sua própria verdade que é fonte de transformação do sujeito, ela se aproxima tanto da filosofia quanto da espiritualidade. Diferente de um saber médico tradicional sobre o indivíduo que não o faz entrar em questão com as suas verdades, nem dá acesso a elas de forma a promover modificações na existência. Compreende-se o propósito do cuidado de si, como desenvolvido no pensamento platônico e neoplatônico (Foucault, 1982), consistindo primeiramente na subordinação do sujeito ao princípio do conhece-te a ti mesmo, em segundo lugar tendo o conhecimento de si mesmo como expressão maior e soberana do cuidado de si que possibilita alcançar a verdade e em terceiro lugar, tem-se que o acesso à verdade permitirá reconhecer o que há de divino em si. Através do apanhado que Foucault faz sobre o cuidado de si na tradição platônica, pode-se inferir que a prática psiquiátrica não se sustenta por uma prática de cuidado, já que o conhecimento que ela tem a oferecer ao paciente reduz-se a descrição sintomatológica e a sua definição da suposta causa biológica.

Em saúde mental ainda somos muito intolerantes. O foco está no que foi perdido, e não no trabalho que há para ser feito para retomar algo. A medicação não olha as potencialidades, ela reduz o indivíduo às suas funcionalidades. O objetivo é manter um funcionamento socialmente adaptado, mesmo não importando se isso tem sentido ou não, se há ou não integração afetiva, ou em outras palavras, se a nossa postura como profissional de saúde é uma postura que permite ao paciente ter a vida em cores, ao invés de preto e branco.

Todos os incômodos mencionados acima sobre o tratamento dado às pessoas diagnosticadas com transtornos mentais impulsionaram o surgimento do GIPSI como um grupo clínico-acadêmico, que busca promover novas formas de trabalho na saúde mental, o qual acreditamos somente ser possível quando houver mudança na forma que o profissional aceita ser interpelado pelo fenômeno psíquico. Nesse sentido, a proposta da clínica do GIPSI é primeiramente uma proposta de cuidado que partirá do olhar fenomenológico como norteador de ações terapêuticas.

2 O CUIDADO EM MOMENTO DE CRISE

*É pau, é pedra, é o fim do caminho
É um resto de toco, é um pouco sozinho
(Tom Jobim, 1972)*

O primeiro encontro com o sujeito que está em um turbilhão dentro do seu próprio Eu, onde as bordas entre os mundos interno e externo tornaram-se tão difusas que não há mais capacidade de discernir entre o Eu confuso e o Outro muitas vezes ameaçador, é uma experiência sempre mais carregada de emoções e afetos, do que de representações e ideias. Talvez a pergunta que precisamos fazer seja – como acessar o outro em um momento que ele está tão inacessível para si mesmo e como nessa situação oferecer cuidado?

Diferentemente de um início terapêutico, no qual a pessoa busca um profissional da área de saúde mental porque se percebeu diante de uma situação de desconforto interno em que é incapaz de emergir sozinha, na crise essa percepção geralmente não ocorre. Nos deparamos com pessoas que muitas vezes não entendem a razão de estarem ali, não conseguem voltar o olhar para si, tamanha a angústia que esse movimento causa, nem voltar o olhar para o Outro, que a seu ver é um Outro que não entende, que não sente, que não vê e que também está assustado. Muitas vezes, a adesão ao tratamento se dá porque a pessoa se sente seduzida pela oportunidade de ter alguém que ouça a sua versão da história, e conclua que ‘de fato’, é ela quem conta a verdade.

Talvez seja esse um dos momentos em comum às terapias, o momento em que o paciente crê que pode confiar a sua verdade ao terapeuta¹, seja para convencê-lo desta,

¹ O termo terapeuta será usado nesse trabalho em consonância com o termo cuidador para enfatizarmos a dimensão que há em comum com os dois. Compreende-se o trabalho do terapeuta como descrito por Epicuro e citado em Foucault (1982) “É preciso curar (*therapeutéon*) os sofrimentos pela grata lembrança daquilo que se perdeu e por saber que é impossível tornar não consumado aquilo que não aconteceu.”(p. 22)

seja para buscar auxílio para sua mudança. O que se observa é a criação do vínculo a partir do desejo de transmissão da verdade e o desenvolvimento da confiança em quem será seu depositário, algo que em sua forma inicial já carrega os elementos que possibilitam a transferência.

Figueiredo (2008) nos traz que “o termo contratransferência refere-se a uma dimensão fundamental do modo do analista *colocar-se diante* – ou, melhor dizendo, *deixar-se colocar diante* – do analisando e por ele ser afetado” (p. 127). Compreendendo que essa dimensão não é exclusiva do analista, mas de todos os profissionais em que parte das obrigações ou tarefas específicas seja de cuidar (Figueiredo, 2007), cremos que o atendimento à clientela de pessoas nas primeiras crises do tipo psicótico é uma nova tentativa de oferecer cuidado aos antigos ‘loucos’, respeitando o que há de humano em sua crise, e que o papel de cada profissional que vem antes daquele que corresponde à sua especialidade, é o de cuidador. Nesse sentido, o que estaríamos oferecendo de diferente seria a mudança na forma de deixar-se colocar diante do paciente e por ele ser afetado. Dessa maneira, podemos falar que a terapia com pacientes em crise, mas em outras situações também, constituiria antes de tudo, uma postura de cuidado.

Para o estudo das diferentes formas de o terapeuta deixar-se colocar diante do paciente partiremos da análise das figuras da intersubjetividade, como elaboradas por Figueiredo (2007) em *A metapsicologia do cuidado*. Tal referencial traz a dimensão da clínica como forma de cuidado e, a partir dele, tentaremos ampliar essa dimensão para uma postura de *ética do cuidado* a ser utilizada pelos demais profissionais que atuam em um serviço de crise, que não somente os psicólogos. Pretende-se essa ampliação através da coadunação das contribuições de teóricos psicanalíticos que estudaram essa temática com fatores inerentes à clínica do GIPSI.

Temos observado que um dos elementos psíquicos recorrentes em nossos pacientes refere-se à intensidade da pulsão de morte, que nos termos de Green (1988b) é percebida através de sua principal função, a função desobjetalizante, ou em outras palavras, o desinvestimento massivo dos vínculos. Considerando que no psiquismo os vínculos também são tomados como objetos para serem investidos ou desinvestidos (Green, 1988b), percebemos que em algumas pessoas a predominância da pulsão de morte é um dos elementos que impede a capacidade de formar vínculos. Como se mesmo nas primeiras crises seja comum nos depararmos com alguns funcionamentos marcados por uma certa rigidez, que se tornam praticamente inacessíveis ao tratamento que se oferece.

Desde o momento inicial em que somos confrontados com vivências de sofrimento cujos “sintomas psicóticos” apresentados são encarados por nós como as formações de compromisso possíveis que a pessoa pôde construir, a fim de se proteger dos ataques internos e externos contra o seu Ego. Defendemos que, *a priori*, qualquer indivíduo poderia desenvolver tal experiência existencial. Sendo assim, nosso trabalho estaria muito mais implicado em subsidiar formas de cuidado a esses ataques, do que alguma espécie de tratamento para uma condição de doença.

Figueiredo (2007) elabora que a presença do agente cuidador deve ser flexível o suficiente para que este consiga alternar-se diante de seu paciente como *presença implicada* e *presença reservada*. Cada uma dessas presenças, assim como as figuras de intersubjetividade que as compõem serão aqui comentadas, a fim de se traçar sua relação com a clínica do GIPSI. Como colocado pelo autor “há uma condição de possibilidade do psicanalisar – qualquer que seja a modalidade do trabalho clínico em curso – que se configura como uma *contratransferência primordial*, um *deixar-se colocar diante do sofrimento antes mesmo de saber do que e de quem se trata*” (Figueiredo 2008, p.128).

Acredito que a mesma condição da possibilidade de psicanalisar coincida com a do cuidar.

Enquanto presença implicada, o cuidador é aquele que faz coisas. Intersubjetivamente e transubjetivamente, ele está identificado ao Outro que acolhe, hospeda, agasalha e alimenta. As funções de *sustentar* (holding – Winnicott) e *conter* (containing – Bion) do terapeuta remetem às dimensões mais primitivas do cuidado humano. São elas que proporcionam as experiências de continuidade e transformação, respectivamente, embora, não possamos esquecer o caráter particular com que cada indivíduo vai demandar algo de seu cuidador. Em nossa experiência, percebemos que o momento crítico no qual inicialmente nossos pacientes chegam é marcado pelo transbordamento do Eu que uma crise do tipo psicótico, muitas vezes, tenta dar vazão. Então estamos diante de algo do sujeito que *extra-vazou*, algo que em sua forma de ser continente chegou ao seu limite de conter. As defesas mais primitivas do psiquismo entram em ação para tentar lidar com as angústias mais primitivas do ser humano, e assim enquanto cuidadores, nos vemos diante de construções delirantes, desorganizações do Ego, cisões extremas, projeções massivas ou outras formas de funcionamento, nas quais os processos do pensamento estão bastante comprometidos.

Dessa maneira, a postura do terapeuta enquanto presença implicada surge na relação como resposta a uma das demandas iniciais do paciente, a de ter alguém que, *estando junto*, possa conter e sustentar a angústia que para ele se tornou insuportável. Green (2008) ao falar da transferência e contratransferência em pacientes limites traz que, às vezes, é necessário renunciar ao enquadre analítico e trabalhar de uma forma em que se consiga conservar a percepção do objeto. Por se tratarem de pessoas que, muitas vezes, apresentam distúrbios em suas funções representativas, a percepção que elas possuem do objeto engendrará modificações em sua economia psíquica. Por estar a função de fantasiar

completamente afetada, é que a projeção será “frequentemente experimentada como uma realidade indubitável, tomando o lugar do recalque; é a alucinação negativa que sempre aparece em primeiro plano, chegando a afetar os processos de pensamento do paciente” (p. 81).

Acreditamos que o que foi elaborado por Green para compreender e trabalhar com pacientes limites, possui bastante ressonância em nossa clínica. Assim, as funções de sustentar e conter que podem ser vivenciadas pela dupla paciente-cuidador, proporcionarão o solo para o desenvolvimento de novas formas de representar que propiciam a sofisticação do aparelho psíquico e sua conseqüente saída de uma condição crítica.

Outra figura da intersubjetividade que será operada pelo terapeuta enquanto presença implicada é a de *reconhecer*. Nesse sentido, reconhecer remete ao testemunhar e ao refletir/espelhar. Tal figura é de extrema importância em nossa clínica, por reportar-se ao processo de constituição do Eu. Em *sobre o narcisismo uma introdução* (1996d), Freud já chamava à nossa atenção a importância que o Outro tem no processo de constituição do Eu. Posteriormente, Lacan (1998) seleciona como um dos pilares de sua teoria o *Estádio do espelho como formador da função do eu*, que vai novamente enfatizar o quanto que o olhar do Outro sobre o sujeito operará o desenvolvimento da autoimagem e da autoestima.

Em nossa clínica, frequentemente nos deparamos com constituições psíquicas cuja fragmentação ou fragilidade do Eu é a principal fonte de angústia. Sensações de esvaziamento, angústia de aniquilamento e pobreza de representações internas são alguns dos fenômenos observados pelos terapeutas. Nesse sentido, Green (1988a) desenvolve que a indisponibilidade afetiva da figura materna em relação ao filho é estruturante. A

ausência enquanto presença vivenciada pelo sujeito remete à experiência de não reconhecimento e não investimento da imagem de si pelo Outro, geralmente ocasionada por um processo depressivo vivenciado pela mãe. A intensidade dessa experiência no indivíduo será precursora de uma fragilidade narcísica que deixará marcas em sua capacidade de estabelecer vínculos tanto com objetos externos quanto internos, por deixar difusas as bordas entre as instâncias psíquicas e entre o Eu e o Outro.

Por isso, pensamos que em nossa clínica o *reconhecer*, como acima descrito, oferece ao sujeito a possibilidade de melhor estruturação do narcisismo e conseqüentemente a integração do ego, com toda a amplitude que esses desenvolvimentos possam alcançar. Nesse sentido, o fortalecimento do Ego se daria pela sua própria estruturação, que o espelhamento e a reflexão de si pelo Outro permitem e não somente por tornar consciente, partes do Ego e de seus conflitos, que pode ser o suficiente em outros tipos de adoecimento psíquico.

A terceira e última figura da presença implicada é a de *interpelar e reclamar*. Nesta, o cuidador é um sujeito sexuado, incompleto, desejante, marcado pela falta e pela alteridade. Por ser um sujeito incompleto é que o cuidador poderá interpelar o paciente reclamando-o a querer satisfazer algo em seu “desejo de terapeuta”. Esta posição fomentará as condições para que a pulsionalidade possa ser despertada no paciente como um convite à vida. Acreditamos que a complexidade desta figura é completamente atravessada pela ética do cuidador, já que é ao desejo deste que o paciente tentará corresponder. O desejo do cuidador, assim como o do paciente, são os motores da transferência. Por ser esta a dimensão mais inconsciente das descritas como presença implicada, acreditamos que é justamente nela que devemos ser mais cautelosos no agir.

As pessoas que recebem nosso atendimento clínico, muitas vezes só conseguem simbolizar seu mundo interno de maneira parca. O acesso a si e às suas angústias, assim como a sua perlaboração, se darão com maiores dificuldades. Nessas situações, a frustração do cuidador decorrente da própria situação terapêutica poderá culminar na incapacidade deste em localizar o paciente em seu desejo. Se isso ocorre, o convite à vida, tão necessário em nossa clínica, passa a não ser mais oferecido. Em pessoas cuja pulsão de morte protagoniza o funcionamento psíquico, ser interpelado pela pulsão de vida através do vínculo terapêutico, torna-se necessário para que a vida psíquica tenha a possibilidade de passar a existir.

A presença implicada do analista, que abarca as três figuras da intersubjetividade transubjetiva, acima descritas, ocorrerá sempre ao longo da terapia. Porém, cremos que é justamente no início do atendimento de crise que este tipo de presença nos é mais demandado, pois geralmente é o momento em que o paciente encontra-se em estado psíquico mais regredido e a presença implicada do cuidador, por aproximar-se da maternagem dos primeiros anos de vida, possibilita que sejam elaboradas em transferências questões bastante primitivas.

Como Figueiredo (2007) salienta, o excesso na forma implicada da presença do terapeuta, longe de ajudar, remeterá a experiências de engolfamento totalitário e claustrofóbico no paciente. A experiência terapêutica ao invés de conduzir à autonomia, levará o sujeito à dependência e imobilidade psíquicas, perfazendo o caminho oposto ao qual estamos buscando trilhar.

A outra forma do terapeuta colocar-se diante de seu paciente é enquanto presença reservada. Assim como as formas de presença implicada, esta também precisa ser equilibrada para que a intensidade com que ela é vivenciada não altere a qualidade de sua

experiência distorcendo-a para uma postura de distanciamento frio e inacessível. Uma das características desta figura da intersubjetividade é a renúncia, por parte do cuidador, de suas fantasias reparadoras maníacas, de sua onipotência, para que estando em uma posição de dependência, aceite ser cuidado. Ao paciente surge a oportunidade de desvencilhar-se de um cuidado dominador e onipotente, e ser integrado também como agente cuidador na relação.

A presença reservada permite que o paciente desenvolva a capacidade de cuidar de quem inicialmente foi seu cuidador. Ela mostra que a relação de dependência inicial do sujeito pelo cuidado do Outro teve um desenvolvimento positivo no qual ele não precisou negar esta por meio de investimentos narcísicos que tentam “esconder” esta experiência. Ao contrário, ela mostra que ele conseguiu compreender a relação de dependência e perceber que ela é mútua. Ela não mais precisa significar uma ameaça à sua autonomia e conseqüentemente ao seu narcisismo. O terapeuta deixar-se cuidar leva o paciente a reconhecer que a relação com o outro é uma troca, que o Outro é tão dependente de cuidado quanto ele e que isso não é destruidor.

Outra característica da presença reservada que diz respeito ao “distanciamento estratégico” do cuidador, é permitir ao sujeito descobrir a si mesmo sem a presença invasiva do Outro presentificada pelo terapeuta. A tarefa do cuidador se torna fornecer um espaço protegido e livre para que o paciente o preencha com suas alucinações, sonhos, brincadeiras e pensamentos que o permitem criar seu mundo. Figueiredo (2007) nos reporta à ideia de que a presença reservada dá a oportunidade para que a terapia se torne o espaço potencial no qual possam ser desenvolvidos todos os processos criativos necessários ao pensamento e estes possuem suas origens no brincar, sonhar e alucinar. Garantir que a terapia propicie esse espaço potencial à pessoa que acreditou na terapia,

como forma de tolerar estados psíquicos intoleráveis, é dar a tarefa ao terapeuta de ‘sonhar os não sonhados e os sonhos interrompidos’ (Ogden, 2009) de seus pacientes.

A capacidade de conseguir equilibrar-se entre as formas de presença implicada e reservada demandará do terapeuta bastante sensibilidade sobre o que ocorre na dupla cuidadro-paciente, assim como de sua capacidade em suportar sua própria loucura e conseguir ser tão louco quanto seu paciente, ao mesmo tempo em que consegue dar continência à loucura deste. A jornada a ser percorrida é entre inconscientes, e não só em um inconsciente. Se o terapeuta não se permite aceitar que será transformado à medida que seu paciente se transforma e, conseqüentemente transforma a relação, então ele também será incapaz de oferecer transformação alguma. Todas essas posições podem ser praticadas por outros profissionais da saúde e não somente psicólogos, variando entre uma e outra a fim de que em sua interação terapêutica possam ser criados espaços de continência, espelhamento, desejo e liberdade.

A escolha pela metapsicologia do cuidado se fez por aquiescermos à proposta de Figueiredo (2007) de buscar promover uma ética ampliada à todos os profissionais de saúde, na qual a reflexão sobre a forma de se colocar perante o outro tenha partido de uma perspectiva clínica, e não somente filosófica. A ética fomentada pelo *pensar sobre a clínica*, proporciona ao profissional o questionamento de suas posturas de forma à implica-lo em considerar o que ele também é capaz de oferecer, a partir do momento em que não enxerga a sua prática clínica como ilimitada mas a ser construída, e portanto, dependente da relação com o outro. Observamos então a dimensão da psicanálise ampliada dialogar com outras áreas da saúde no que tange a questão do cuidado.

3 CONTRIBUIÇÕES PSICANALÍTICAS ACERCA DA SUBJETIVIDADE

*Pensei estar vendo que a natureza
Também representa um papel. E indaguei:
Não será ousadia excessiva querermos
limitar a vida a nós mesmos?
Esquecemos que existe um espírito
A inspirar e a pervadir tudo isso...
(Virgínia Woolf, 1981. p. 138)*

A perspectiva clínica em psicanálise não é homogênea fazendo com que alguns aspectos recebam acentos diferentes dependendo de como o autor aborda o fenômeno psíquico e também ao longo da obra de um mesmo autor, às vezes, é possível observar a evolução em seu pensamento clínico. Delouya (2003) traz que a compreensão e a interpretação do material clínico pode ser reunida sob alguns poucos pontos de vista, sendo os mais conhecidos os desenvolvidos por Klein (1946) e Bion (1970), que centram o desenvolvimento mental na e através da experiência emocional, tendo como parâmetros a oscilação entre as posições esquizo-paranóide e depressiva e o deslocamento entre os estados alucinatório e comunicativo; também o de Winnicott (1965), que localiza o desenvolvimento psíquico através dos estágios de maturação.

Esse autor também comenta que nas vertentes mais clássicas, a ênfase está na representação inconsciente que prevalece no campo transferencial, colocando em primeiro plano, a estrutura psíquica das modalidades de assunção e fuga das posições identificatórias em relação ao desejo entrelaçado pelo complexo de Édipo. Porém, que diferentemente dos colegas lacanianos, Freud nunca chegou a atribuir aos quadros clínicos o estatuto de verdadeiras estruturas, por observar a mistura dessas configurações permeada por uma lógica de continuidade, utilizando o escrutínio estrutural apenas como um guia das modalidades inconscientes de expressão do desejo.

A técnica e a teoria desenvolvida por Freud foram marcadas por um fluxo contínuo de aprimoramento. À medida em que o pai da psicanálise voltava sua atenção para diferentes fenômenos que ocorriam na clínica ele se esforçava em escrever sobre isso. Tal dinamismo teórico merece uma atenção especial nossa, pois nos sensibiliza sobre a flexibilidade do pensamento estrutural em Freud que não é nem excludente e nem estático. Falaremos então sobre alguns aspectos dessa expansão, com o intuito de salientar a abrangência dessa teoria, através do seu caráter dinâmico e inovador que continuam sendo indispensáveis para o entendimento das patologias ditas não neuróticas.

A leitura que Celes e Garcia (2011) fizeram de uma divisão clássica da obra de Freud buscando compreender os limites da interpretação em cada uma, será aqui utilizada para auxiliar o pensamento da clínica freudiana através das perspectivas da clínica do trauma, clínica da representação e clínica da pulsão

Esses autores trazem que no início, quando Freud colocou a memória traumática estando no cerne do estrangulamento afetivo oriundo da defesa, a repressão, ele inaugurou a característica mais psicanalítica do tratamento, que é a compreensão deste como um trabalho psíquico através de meios psíquicos. Então a rememoração da experiência traumática possibilitaria a descarga do afeto que permanecia reprimido. Nessa época, o foco da psicanálise era o sintoma. Freud ainda trazia em si a convicção de que as representações inconscientes deveriam vir à consciência por intermédio da linguagem, da simbolização, sendo esta a via de acesso ao conteúdo traumático, que estaria relacionado com alguma experiência sexual precoce.

No que diz respeito à clínica da representação o foco dos autores não se dá sobre alguma mudança do que está sendo tratado, mas na forma como está sendo tratado, no caso, pelo método interpretativo, que surge na teoria a partir da publicação da

Interpretação dos sonhos (Freud, 1996b). O método interpretativo então se consolida como a forma clássica de tratamento psicanalítico, no qual o analista busca, trazer à consciência pensamentos que estariam ocultos nos sonhos e na fala do analisando por meio da interpretação de seus conteúdos inconscientes, sendo os limites de sua aplicação o fio de raciocínio utilizado pelos autores para nos conduzir sobre o terreno do tratamento das neuroses.

Surge então a primeira tópica que compreende o aparelho psíquico dividido em inconsciente e pré-consciente – consciente, sendo o inconsciente impossível de completa apreensão pelo consciente, caracterizando a impossibilidade de tratamento da neurose de forma geral. Outra limitação seria a incapacidade de simbolizar o que foi inscrito no inconsciente já sem palavras. Como uma outra forma de apreensão das realidades interna e externa, o inconsciente absorve experiências e sensações inomináveis. Essas duas limitações nos levam à ideia de representações inconscientes e inconsciente sem representações, em ambas evanesce as possibilidades interpretativas.

Apesar das limitações técnicas do método de interpretação observadas pelos autores, lembraremos também, que nesse momento clínico, a associação livre já dominava o cenário da prática analítica. Se o fato de a pessoa falar conscientemente de si já trazia benefícios por dar-lhe a oportunidade de recriar a sua história, a fala pré-consciente fomentada pela associação livre conseguia ir além e proporcionar na fala o acesso aos conteúdos recalçados.

Kristeva (2000) comenta que “terreno do pré-consciente, a linguagem possui o poder de ir mais longe do que a linguagem consciente e revela até o esquecimento inconsciente” (p. 73). De acordo com a autora, a associação livre era justificada, nesse período, por um “modelo otimista da linguagem” desenvolvido por Freud em 1900 e que

durou 20 anos. Ela traz a reflexão de que esse modelo apoiava-se na ideia de que o inconsciente obedecia às mesmas leis de organização das linguagens primitivas, leis como a ausência da negativa, condensações e deslocamentos. Algo da ordem da vontade de Freud em subjugar o inconsciente ao consciente, “O inconsciente sendo assim articulado como língua, ‘eu’ posso decifrá-lo, ‘eu’ posso lhe descobrir regras; além do mais, já que ele se situa numa posição intermediária entre diferentes instâncias, ele me dará acesso ao desconhecido, isto é, ao traumatismo” (Kristeva , 2000. p.74)

Fora das limitações teóricas sobre o alcance da interpretação, Celes e Garcia (2011) nos chamam a atenção sobre os seus limites na perspectiva clínica, que é onde outros fatores, além dos abordados acima, precisam ser levados em consideração para que se consiga alcançar o efeito esperado por uma interpretação. Eles comentam que até o fracasso do Caso Dora (Freud, 1996c), a transferência não tinha tomado a atenção de Freud como protagonista da análise, “Do saber psicanalítico de Freud excluía-se o saber sobre a transferência, o saber de que a transferência é parceira principal da interpretação e, assim, condição da análise” (Celes e Garcia, 2011 p. 123). Por consequência, a transferência traz a dimensão da alteridade que se presentifica na figura do analista, sendo o vínculo afetivo com o analista o veículo que possibilita a interpretação e o seu efeito. Além dessa dimensão, os autores também comentam sobre a dimensão da castração que na leitura de J. André (1996, *apud* Celes e Garcia, 2011) coincide com a condição fundamental de passividade que não pode ser interpretada, pois a ela não se constitui sentido, mas condição, e então a interpretação esbarra no seu limite tanto de apreensão da alteridade que é construída em transferência, quanto na assunção do real que se dá pela castração.

Em *Além do princípio do prazer*, Freud (1996g) muda completamente a leitura sobre a teoria pulsional, introduzindo a pulsão de morte e a partir dessa virada, a

sexualidade será uma função da pulsão de vida que se oporá à pulsão de morte, reelaborando a partir daí as dimensões do conflito pulsional. Green (1988) que se dedicou ao estudo do narcisismo e das pulsões, elabora que assim como Eros tem a sua função principal expressa pela sexualidade, com sua característica integradora, Thânatos tem como seu protagonista a função desobjetalizante, auto-destrutiva, com sua característica desintegradora. O autor fala que

A tese do conflito pulsional fundamental responde em Freud a uma exigência: a de explicar o fato de que o conflito é repetível, deslocável, transportável e que sua permanência resiste a todas as transformações do aparelho psíquico (conflitos inter-sistêmicos, ou intra-sistêmicos, ou entre libido narcisista e objetal, ou entre instâncias e realidade externa, etc.). É esta constatação que obriga Freud a postular teoricamente um conflito original, fundamental e primeiro, que coloca em jogo as formas mais primitivas da atividade psíquica (p. 61).

E é essa nova perspectiva que caracterizará a clínica da pulsão, na qual a interpretação será limitada pela a destrutividade como base, pela tendência ao zero, por todos os elementos da pulsão de morte que não são passíveis de constituírem sentido, sendo a própria moção pulsional inapreensível pela simbolização, por excelência (Celes e Garcia, 2011).

Se a primeira tópica foi marcada pelo pensamento freudiano de “a psicoterapia não tem outra meta além de submeter o inconsciente ao pré-consciente” (Freud, 1996b), na segunda, Freud já não estava mais tão ‘otimista’ sobre o alcance da linguagem a conteúdos inconscientes, assim como da funcionalidade terapêutica de simbolizá-los. Green (2008) traz que a mudança teórica proposta em *O ego e o id* (Freud, 1996i) é um reflexo das dificuldades clínicas vivenciadas por Freud, deparando-se com a “existência de estruturas clínicas onde as representações não desempenham um papel tão importante

quanto nas neuroses” (Green, 2008, p. 129). Situações em que a interpretação psicanalítica feita pelo analista, ou o acesso ao autoconhecimento que o próprio paciente alcançava pela associação livre, não produziam os efeitos terapêuticos esperados. O autor comenta que desde a metapsicologia (Freud, 1996e), Freud já havia percebido que os investimentos objetais, na patologia do luto, eram muito mais centrais ao tratamento do que as representações objetais. Ou como Kristeva (2000) observa, Freud evidencia a dificuldade do sintoma em se inscrever na linguagem; e a confusão psíquica que surge quando a pulsão é traduzida verbalmente e não representada, como na alucinação.

Ao que parece, Freud entrou em contato com uma dimensão do psiquismo para além do que ele já tinha se esforçado em descrever como sintoma neurótico, já que a simbolização dos conteúdos inconscientes como técnica terapêutica não conseguia mais trazer avanços no tratamento clínico. Patologias que foram por ele consideradas neuroses graves não respondiam tão bem à regra da associação livre, como forma de alcançar o inconsciente e assim simbolizar o que lá havia de traumático e esquecido. A questão pulsional precisava ser revista e integrada ao aparelho psíquico, assim como o papel do objeto para a estruturação do Ego. O Ego e o Id (Freud, 1996i) é um escrito freudiano engajado no aumento da compreensão sobre a estruturação do psiquismo humano e não somente nos desenvolvimentos que culminam em psicopatologias. Nesse período já era possível o entendimento segundo Krsiteva (2002), de que

A estrutura do sujeito se constrói precisamente a partir das diferentes posições do ego frente às diferentes modalidades do objeto, e é importante insistir de início nesse plural tanto dos egos quanto dos tipos de objetos que se formam no intervalo da pulsão à linguagem” (p. 41).

Em *Sobre o narcisismo*, Freud (1996d) amarra a pulsionalidade ao ego e aos objetos. Enquanto em sua crítica a Jung, que tenta retirar a sexualidade das relações eliminando a retração da libido como fonte de patologias, Freud a inclui na formação do aparelho psíquico em si, a partir de suas considerações acerca da psicose e da melancolia. Freud relaciona o Ideal do Ego com as libidos narcísica e homossexual, teorizando que a ansiedade social sentida pelo indivíduo, ou o sentimento de culpa, teriam suas origens na liberação da libido homossexual que não pode ser satisfeita por um Ideal do Ego muito elevado. Ou que uma frequente causa da paranoia é o dano ao Ego oriundo da incapacidade de satisfazer seu Ideal. Podemos ler nisso um narcisismo que se opõe ao princípio de realidade ao impor ao ego um Ideal infantil, onipotente impossível de ser alcançado, mas insistentemente cobrado.

Quanto maior era o contato de Freud com patologias não neuróticas ou neuróticas graves, mais sua teoria e sua técnica precisaram ser ampliadas. A dificuldade de investimento libidinal no analista por parte desses pacientes, assim como a sua dificuldade de simbolização precipitaram em Freud a necessidade de uma teoria para o Ego cujo foco fosse além do que era ou não consciente. Afinal, a ponte que o simbólico faz entre as instâncias psíquicas do sujeito e o mundo externo não estavam disponíveis para o trânsito das representações. Em relação ao narcisismo patológico e a mudança na teoria freudiana, Kristeva (2000) observa que:

o Narciso freudiano não sabe absolutamente quem é e só investe sua imagem porque não está seguro da sua identidade. Na realidade, é para um 'estado limite', devemos dizer, entre segurança e insegurança identitárias que nos conduz ao narcisismo. Porque essa organização é instável, fronteira? Porque ainda é muito dependente do 'outro'. (...) Portanto, Freud se situa numa nova perspectiva, bem diferente do otimismo linguístico anterior; ele detalha as etapas do que chamo de significância,

que, longe de separar as pulsões e as palavras, se organiza em estruturas intermediárias (p. 83).

Se é pelo reconhecimento do Outro que o ego pode advir, é justamente nas patologias-limite que nem Eu nem Outro existem separados. É no reconhecimento da alteridade que uma nova dinâmica pulsional surge para integrar suas partes e absorver o precipitado de identificações que passarão a constituir o Ideal do ego e o Superego. Nesse sentido, Green (1988) comenta que a principal contradição do Ego é “ser ao mesmo tempo instância que deve entrar em relação com a realidade e se investir narcísicamente, ignorando esta para conhecer apenas a si mesmo” (p. 43). Ele também traz que “a identidade não é um estado, é uma busca do Eu que só pode receber a sua resposta reflexiva através do objeto e da realidade que a refletem”.

Dessa maneira, a mudança de paradigma em Freud se dá ao sair de uma teoria que, criada a partir da análise de pessoas neuróticas, focaliza o que é consciente e elege a linguagem como via de acesso a um inconsciente que conteria em si a memória de um evento traumático. Inicialmente, as representações e a simbolização do mundo interno são o foco da associação livre. Então ele vai para a segunda teorização da organização psíquica e coloca a moção pulsional em evidência, o investimento em si, seja no Ego ou nos objetos e as exigências pulsionais. Se antes a linguagem era a interface entre os mundos interno e externo, agora é o Ego. Nas palavras de Green (2008):

Concebemos o Ego mais como um tipo de interface entre excitações relativas às experiências do mundo interior (afetos, representações etc.) e aquelas provenientes do mundo exterior (sensações e percepções) onde é forçoso ressaltar em particular a importância de tudo o que se refere ao objeto. (p. 131).

A mudança trazida por Freud na segunda tópica é uma nova forma de compreender a realidade psíquica. Com a sofisticação da teoria freudiana podemos pensar que a linguagem como simbolizadora do mundo interno será mais limitada para representar o que há de inconsciente em um Ego que também é um mediador de outras instâncias, sendo que uma inclusive (o Id) é nula de representação. Torna-se evidente para Freud que os mecanismos mentais também precisam lidar com as exigências do próprio aparelho psíquico. De início, a criança é totalmente dependente da mãe e na relação com ela encontra-se imersa na ilusão de completude. Posteriormente, percebe que há um Eu e um não-Eu que pode ameaçar o seu acesso à satisfação pulsional, e então o ego embrionário identifica-se imediatamente com a mãe idealizada para assim garantir ao Id a continuidade da satisfação pulsional. Como a realidade aos poucos começa a se impor ao Ego e isso afeta o Id, a ilusão de que o ego é o objeto que propicia a satisfação pulsional vem por terra e mobiliza um novo arranjo mental que o impele não mais a ser esse objeto, e sim a tê-lo. Após o complexo de Édipo e, portanto, imerso na experiência da castração, surge o Superego impondo o Ideal do Ego ao Ego como se o alcance desse ideal fosse a garantia de posse da mãe. Identificação e idealização então surgem na teoria freudiana carregadas de investimentos pulsionais.

A mudança teórica descrita por Freud a partir da metapsicologia até o Ego e o Id, nos faz crer que mesmo com os pacientes neuróticos Freud já vislumbrava que algo escapava a simbolização e, portanto, precisaria de nova teorização. Embora a teoria tenha mudado, a técnica permaneceu. A associação livre, junto com a atenção flutuante do analista e sua postura de manter a sua pessoa em suspenso propiciaram uma relação que dá vazão à simbolização e aos movimentos transferenciais que levam o sujeito a fazer identificações projetivas e a idealizar a pessoa do analista. Essa mudança chama a atenção

para que o ouvido do analista se esforce para “escutar” o que não pode ser dito e a acolher o que só pode ser comunicado através da transferência.

O pensamento psicanalítico possibilita olhar para o psiquismo do Outro de modo a pensar como ele foi se desenvolvendo, quais os arranjos foram necessários para lidar com as angústias, como o ambiente participou da construção do mundo interno, quais são as relações entre as instâncias e a movimentação das pulsões no aparelho psíquico. Esse olhar independe de classificações estruturais ou patológicas, e essa qualidade do olhar psicanalítico o permite fluir entre discussões multiprofissionais por não estar aliado a um processo único no psiquismo. Ele pode ser utilizado para pensar as relações do sujeito consigo mesmo, com os seus familiares e com os ambientes em que transita.

4 SOBRE FAMÍLIA E PSICOSE

Percebia que o tomavam por louco ou por um excêntrico bem original, o que aliás, era a pura verdade. Recordou-se também de que sua presença sempre causava em todos um certo mal-estar, de que já desde a infância todo mundo o evitava, por causa do seu caráter introvertido e obstinado, de que a simpatia que sentia pelas pessoas, mas na qual nunca houve uma igualdade moral perceptível, se manifestava de modo difícil, opressivo e passava despercebida, o que o torturava ainda em pequeno quando não parecia em nada com as outras crianças da sua idade. Agora que se lembrou, compreendeu que sempre, a qualquer momento, todos o haviam abandonado e se esquivado dele.
F.Dostoiévski – A Senhoria

A família pode ser vista como a célula que estrutura as sociedades nas dimensões social, econômica e política. O dinamismo que a família apresenta, principalmente dentro do contexto de novas organizações familiares, dificulta a tomada de uma definição única sobre o seu conceito. Infinitas são as possibilidades de ajustamento, potencialidades construtivas e também de desajustes nos campos biológicos, psicológico, econômico e social. Tendo em mente as limitações inerentes ao esforço que uma generalização possui, cremos que algumas dimensões da família podem ser entendidas como um agrupamento com finalidade biológica (perpetuação da espécie), psicológica (mútua interdependência e necessidades afetivas), econômica e/ou social, constituindo e assegurando a humanidade e constituição da cultura. Em um contexto clínico, Carter e McGoldrick (1995) salientam que o conceito de família só pode ser apreendido a partir da própria família em questão.

No que tange a psicopatologia, muitas das características individuais podem ser compreendidas dentro das interações familiares e suas complexidades. Uma das maiores inovações da teoria dos sistemas familiares é trazer para a dimensão clínica considerações sobre como as vidas das pessoas estão inextricavelmente entrelaçadas e como o

comportamento dos membros da família situam os indivíduos na complexa malha das histórias transgeracionais compartilhadas. Surgiu então a necessidade de incluir as dimensões familiares na terapêutica do sofrimento psíquico, e com esse intuito diferentes abordagens de terapia de família foram desenvolvidas a partir de diversos paradigmas (Auserwald, 1987): o psicodinâmico, o de sistemas familiares, o de sistemas gerais, o paradigma cibernético e o de sistemas ecológicos.

De acordo com o paradigma sistêmico das famílias, a psicose surge em relação com o sistema familiar do indivíduo e, segundo Costa (2010), a intervenção precoce nas psicoses deve oferecer atenção às famílias tanto para fomentar a criação de recursos interpessoais como para acolher as angústias mais variadas.

No contexto do GIPSI, desenvolveu-se a prática de receber a família para fazer a escuta da queixa inicial e, a partir do que é ouvido, decidir se há a necessidade de realizar novos acolhimentos até que seja compreendido se o caso corresponde à especificidade do grupo. Os atendimentos de família são um espaço em que a história familiar passa a ser (re)construída pelos próprios membros e, ao mesmo tempo, entre o grupo, pois compartilhamos do que foi falado na sessão em supervisão clínica. O espaço terapêutico familiar propicia a ventilação das histórias contadas e, ao mesmo tempo que inclui os terapeutas como testemunhas das histórias, os dá elementos para que atuem como agentes do cuidado dessas vivências. O objetivo de se investigar a história da família não é meramente compreender como ela chegou ao ponto que está hoje, mas buscar entender a atual forma de lidar com as situações e adaptar-se a elas ao longo do tempo. Nesse sentido, buscam-se padrões que são transmitidos transgeracionalmente como mitos, tabus, expectativas etc (Rolland, 1995).

Ao final de algumas sessões familiares, os terapeutas juntamente com o grupo iniciam a elaboração das intervenções que intencionam modificar a dinâmica familiar,

trabalhamos utilizando a integração de teorias e técnicas como a construção do genograma, entrevista familiar estruturada (EFE, Féres-Carneiro, 1997) e transgeracional. Por meio delas, conseguimos integrar o conhecimento que a família tem de si com o conhecimento que os instrumentos nos trazem, e passamos a intervir visando sempre o processo terapêutico que nos levará às mudanças num movimento contínuo de construção e reconstrução.

Tais ações são embasadas no que acreditamos ser o oferecimento de cuidado e acolhimento aos familiares, mesmo diante do caos que usualmente sobrevém a uma crise psicótica. Não há como estabelecer um roteiro ou etapas a priori, mas manter, enquanto dupla terapêutica, a postura de crítica e acolhimento a todos os membros da família, por mais fragmentada que ela se encontre. A gestão de cuidado, no contexto do GIPSI, é a procura de técnicas em saúde que sejam mais adequadas para contemplar as necessidades de uma pessoa e sua família. Isto pode aparecer quando, por exemplo, a família pede mais do que cinquenta minutos de sessão, ou demanda atendimentos quinzenais, a troca da dupla terapêutica ou, ainda, a suspensão ou término dos atendimentos. Entendemos, no GIPSI, que o engajamento em terapia familiar é condição indispensável para que o grupo acompanhe o caso. No entanto, uma série de considerações específicas podem ser feitas, caso a caso. Em uma família, por exemplo, os pais estavam prestes a se separar, por uma suspeita de traição da parte do pai. Neste momento, o grupo decidiu substituir a terapia de família por um atendimento individual de suporte à mãe, em conjunto à psicoterapia individual do paciente identificado. Em outra família, como a descrita no fragmento clínico um, o subsistema parental parece invadir o *setting* e demanda uma atenção particular, o que é feito com a terapia de família funcionando como uma terapia de casal somente com os pais.

No que concerne à terapia familiar, busca-se transformar e consolidar a dinâmica de forma que o sintoma psicótico, como parte da crise original, não tenha mais seu poder patológico e sejam criadas outras formas de lidar com angústias que não por uma crise psicótica. Acreditamos que durante o processo familiar, um dos objetivos gerais pode ser descobrir e criar juntos formas alternativas das relações (Minuchin, Nichols & Lee, 2009), ao mesmo tempo em que são elaborados objetivos específicos durante o processo psicoterapêutico que se alteram de acordo com o dinamismo da família em tratamento

Minuchin (1990) sugere que o foco das transformações deve ser nas relações dentro da família. Sua teoria fundamenta-se no contexto e na ideia da circularidade das coisas, para além da ideia de causa e efeito: uma coisa gera a outra e volta ao ponto inicial (circularidade). Para o autor, o terapeuta é parte integrante da família, deve estar adaptado ao seu funcionamento para ser livre na atuação, possibilitar mudanças nos conflitos e ajudar na construção de novo equilíbrio.

Dessa maneira, Minuchin, Nichols e Lee (2009) desenvolvem um modelo composto por quatro etapas para acessar a família. Para os autores, o primeiro momento envolve a escuta que *amplia a queixa*, direcionada a “liberar o paciente identificado” do isolamento de seu próprio sintoma, na segunda busca-se a descentralização deste paciente da condição de *foco do “problema”*, encorajando a identificação, entre os membros da família, das interações que mantêm ou sustentam o comportamento problemático. Na terceira etapa, a *história da família* é investigada com um enfoque de como os membros, principalmente os pais, acreditam ter chegado à presente situação e à atual estrutura da família, tecendo o genograma e assimilando as interações afetivas. A etapa final reintegra o que foi discutido a fim de entender *o que precisa mudar* e quem terá a disposição de fazê-lo ou não, nela espera-se que todos os membros da família assumam seus devidos papéis e responsabilidades. Longe de intentar descrever um modelo rígido para o

atendimento no GIPSI, a consideração deste modelo pode ajudar os terapeutas a direcionar o olhar a estas questões mais básicas. É impossível determinar quais são os papéis e responsabilidades de um membro da família a priori, mas os terapeutas podem construir, junto à família, hipóteses possíveis.

Muitos estudos (Gonçalves-Pereira, Xavier, Neves, Barahona-Correa & Fadden, 2006; Gottesman & Shields, 1982; McGorry & Edwards, 2002), salientam a importância do envolvimento da família no cuidado da psicose, mas poucos são os serviços que empreendem, efetivamente, na atenção à família no formato de psicoterapia. Costa (2013) afirma que:

É inaceitável que os pacientes esquizofrênicos, em particular (e os psicóticos em geral), sejam tratados sem que suas famílias sejam abordadas. É inconcebível pensar que, diante de tão complexa e rica patologia, se possa pretender uma cura – se é que ela é possível nesses casos – ou mesmo uma abordagem psicoterapêutica, sem que a família seja ouvida, sentida, entendida e abordada (p. 136).

Bateson e cols. (1956) são pioneiros na compreensão do funcionamento da família, os conhecimentos acerca do entendimento da retroalimentação e da circularidade no sistema familiar se devem, sobretudo a ele. Para Bateson, a família pode ser comparada a um sistema homeostático ou cibernético, pois desenvolve formas específicas de transação e uma sequência de comportamentos de caráter repetitivo que visam manter o equilíbrio da organização familiar e permitir certa previsibilidade sobre a forma de agir de cada um de seus membros. Dentro desta compreensão, o sintoma psicótico do indivíduo, isto é, o sintoma do paciente identificado, pode ser considerado o porta-voz da disfunção familiar, funcionando como um mecanismo homeostático para restabelecer o equilíbrio do sistema perturbado.

Segundo Andolfi e Angelo. (1989) a metáfora é uma figura de linguagem amplamente utilizada pelos membros de uma família quando esta tenta expressar os estados da mente ou da situação de relação. A metáfora parece derivar de uma incapacidade de interromper o fluxo contínuo da realidade a fim de dominá-la, de recapturar o que perdemos de nossa experiência cotidiana utilizando algo que se assemelhe a ela. Nesse sentido, o sintoma apresentado por um paciente ou por uma família constitui a metáfora de um problema na relação, ou seja, é uma tentativa de conciliar necessidades contraditórias por meio de um símbolo, uma formação de compromisso, constituinte de uma demanda ou legado, capaz de refletir significados diversos.

Em famílias com padrão de comunicação psicótico, há discursos em que o que é pensado ou imaginado passa a existir e ter substância, sendo transportado para a construção de uma linguagem repleta de sentidos ocultos, escondidos dos próprios membros e que só faz sentido dentro da história transgeracional da família.p

De acordo com Watzlawick, Beavin e Jackson (1967), a impermeabilidade na comunicação na família psicótica gera a “desconfirmação do Eu pelo outro”. Isso acontece quando existe uma falta de entendimento preciso sobre o que é informado dentro da relação diádica levando os indivíduos a se relacionarem em torno de pseudoquestões, ou seja, do que é subentendido. Em uma pseudocomunicação entre “pseudo-pessoas”, ou, no dizer de Winnicott, “falso selves”. Nesse contexto, os membros da família argumentam sobre discordâncias hipotéticas e alcançam uma harmonia que não existe: “a família do esquizofrênico está, constantemente edificando relações harmoniosas nas areias movediças dos pseudos-acordos ou então tem violentas discussões na base de pseudo-desacordos” (p.83). A base e fundamento para esta falsa homeostase é, portanto, o sintoma psicótico.

Bowen (1978) sistematizou algumas de suas considerações acerca do porque os pacientes psicóticos, ao saírem da internação hospitalar apresentam considerável piora no quadro clínico ao retornarem para casa. O autor desenvolveu uma teoria a partir do paradigma de sistemas familiares, em que a relação com outros é a base primária para os estados emocionais.

Em relação aos pacientes esquizofrênicos, Bowen defende a existência de uma triangulação, organizada entre o casal parental e o filho mais “sensível” com a finalidade de manter a proximidade e manejar a ansiedade dela decorrente. Para ele, antes de existir a díade mãe-bebê, houve a díade mãe-pai, um casal constituído por conta do baixo grau de diferenciação, (ou seja, alto grau de fusão) de cada um dos parceiros. Em famílias psicóticas, a criança deve ser entendida, dentro da família, como um terceiro altamente indiferenciado, gerado em uma massa indiferenciada de egos familiares. Ali, as ações são tomadas somente pela e por causa das expectativas familiares.

A descrição que o autor faz do ego fusionado apresenta algumas similaridades ao que Winnicott (1982) denomina de falso *self*: Trata-se de um *pseudo self* criado para reagir ao ambiente, operando a partir de regras e expectativas que estão fora de sua compreensão: o pseudoself se sente irreal e não sabe bem em que acreditar ou por que existir. Por isto, o ego fusionado busca, nos outros, orientação sobre suas questões existenciais. Quando há alta fusão no casal parental, a ansiedade aumenta e pode gerar distância, divórcio, conflito, doença ou, como ocorre em famílias psicóticas, a projeção da ansiedade em um dos filhos. Neste sentido, Costa (2013) argumenta que “a passagem entre as gerações é caracterizada por uma crescente indiferenciação egóica, dos avós aos netos, que leva à ruptura da estrutura individual” (p. 120). No entanto, para esse autor, o percurso pode ser entremeado por forças emocionais e relacionais que interrompem a

desestruturação, apresentando a possibilidade de modificar o curso de alguma disfunção, que provavelmente ocorreria caso fossem mantidas as condições desestruturantes.

Costa (2001; 2003) elabora o conceito de psicose como estrutura funcional afetiva que se manifesta em formas psiquiátricas. Com efeito, a estrutura relacional de uma pessoa dita como psicótica é constituída essencialmente na família, um sistema aberto, interatuante e interdependente que, através de sua homeostase, norteia a construção das subjetividades individual e relacional. O autor descreve cinco pontos fundamentais neste sentido:

a) A subjetividade psicótica, ou seja, a forma de funcionar pessoal e relacional é condicionada pelo sentido que a interação familiar lhe atribui. Segundo Benoit (1994, citado em Costa, 2001), o psicótico se torna mediador entre ideologias de suas famílias parentais, portador de contravalores, reduzido a vivê-los como conduta pessoal.

b) A semiologia do discurso psicótico pode ser mais bem compreendida dentro do padrão comunicacional familiar, sua estrutura paradoxal e os valores familiares a ele associados.

c) A contradição psicótica fala da contradição familiar, a subjetividade é espelho do espectro da família. “A psicose, enquanto processo e sintoma, é expressão deste(s) padrão(ões) familiar(es) e seu espelho mais angustiado” (Costa, 2001, p. 132).

d) A simbiose mãe-filho é peça-chave, mas não reduz o fenômeno.

e) A rigidez do processo interacional familiar é normatizadora do padrão de funcionamento psicótico. Em um mapa relacional familiar psicotizante, colusões, coalizões, parentalização e divórcio emocional estão intimamente relacionados ao sintoma psicótico, assim como se reduzem a ele.

4.1 O OLHAR SISTÊMICO SOBRE A PSICOSE

Agora falaremos das abordagens familiares para o tratamento das psicoses que são utilizadas como referência no GIPSI. Serão apresentadas as contribuições dessas teorias para o nosso pensamento e prática clínica para depois falarmos sobre como acreditamos que a psicanálise também traz uma contribuição essencial para essa prática.

Os estudos e trabalhos realizados por Palazzoli e cols. (1998) em Milão nos têm influenciado bastante. Estes por sua vez, foram influenciados pelo grupo de Palo Alto composto por Bateson, Jackson, Haley e Weakland, que em 1956 publicou *Toward a theory of schizophrenia* e por Watzlawick, Beavin e Jackson que em 1967 publicaram a *Pragmática da comunicação humana*. A escola de Palo Alto desenvolveu uma epistemologia da comunicação humana que eles acreditavam ser o ponto chave para o tratamento das psicoses e em particular da esquizofrenia (Roussillon, 2006). Os conceitos de duplo-vínculo (*double bind*), paradoxo e jogo sujo, foram desenvolvidos para explicar fenômenos de comunicação que estariam no cerne do funcionamento psicótico, tendo como foco, a observação e o padrão da interação ao invés de elementos individuais (Costa, 2003).

De acordo com a *Pragmática da comunicação humana* (1967, pág 191-192), os ingredientes para uma duplo-vinculação seriam os seguintes:

-Duas ou mais pessoas estão envolvidas numa relação intensa que possui um elevado grau de valor de sobrevivência física e (ou) psicológica para uma, várias ou todas elas. As situações em que existem, tipicamente, tais relações intensas abrangem mas não se limitam à vida familiar (especialmente a interação mãe-filho); enfermidade; dependência material; cativo; amizade; amor; fidelidade a um

credo, causa ou ideologia; contextos influenciados por normas ou tradições sociais; e a situação psicoterapêutica.

- Num tal contexto, é dada uma mensagem estruturada de tal modo que (a) afirma algo, (b) afirma algo sobre a sua própria afirmação e (c) essas duas afirmações excluem-se mutuamente. Assim, se a mensagem é uma intimação, deve ser desobedecida para ser obedecida; se é uma definição do eu ou de outro; a pessoa assim definida só é essa espécie de pessoa se não o for, e não é se o for.

- Finalmente o receptor da mensagem é impedido de sair do quadro de referência estabelecido por essa mensagem, quer pela metacomunicação (comentário) sobre ela, quer retraindo-se. Portanto, muito embora a mensagem seja destituída de significação lógica, ela constitui uma realidade pragmática; ele não pode não reagir-lhe mas tampouco pode reagir-lhe apropriadamente (não paradoxalmente), porquanto a própria mensagem é paradoxal. Esta situação é, frequentemente, determinada pela proibição mais ou menos explícita de se manifestar qualquer conhecimento da contradição ou do problema real envolvido. Uma pessoa numa situação de dupla vinculação é passível, portanto, de se ver punida (ou, pelo menos de ser levada a sentir-se culpada) pelas suas percepções corretas e definida como “má” ou “louca” se insinuar sequer que existe uma discrepância entre o que vê, de fato, e o que “devia” ver.

Percebe-se então que a comunicação paradoxal está no cerne da duplo-vinculação. Para esses autores, os paradoxos atuam de forma a impedir que o indivíduo consiga relacionar-se de forma lógica com o mundo, que os permitisse distinguir um argumento: *A é A*. Ao invés disso, ficam presos às comunicações paradoxais que os fazem ter que viver na contradição: *A não é A e A é A*. Porém, os autores não afirmam que o duplo-

vínculo cause a esquizofrenia, mas quando ocorre de se fazer um diagnóstico exclusivamente limitado ao indivíduo tido como *o mais perturbado* em uma família, o que se observa é que o duplo-vínculo converteu-se no padrão de comunicação deste indivíduo, e esse padrão satisfará os critérios diagnósticos de esquizofrenia. O que é então por eles sugerido é que a esquizofrenia perca o seu estatuto de doença mental para ser percebida como um padrão específico de comunicação.

A teoria sistêmica trouxe então um novo olhar sobre a esquizofrenia que era até então inédito. É um consenso que profissionais de saúde que tenham contato com famílias com um membro esquizofrênico, ou então que tenham tido acesso à história de vida de seus pacientes, provavelmente irão se deparar com fatos, situações, relações, afetos quase que *justificadores* do quadro clínico do paciente. Relatos de abandono, relações simbióticas, rejeições severas, entre outros, que até para um clínico com pouca sensibilidade poderiam servir de norteadores para se pensar a relação daquele psiquismo com o seu meio. Então os pesquisadores de Palo Alto decidiram investigar como as interações em meio familiar contribuíam para os casos de pessoas diagnosticadas com esquizofrenia, e sua forma de fazê-lo foi sistematizar o que eles observavam do relacionamento dessas famílias, a partir de hipóteses sobre sequências de acontecimentos e padrões comunicacionais.

Roussillon (2006) comenta que a teoria sistêmica teve grande influência sobre as ciências humanas, chegando inclusive a servir de base para os movimentos da antipsiquiatria inglesa, influenciando abordagens de psicoterapias breves e comportamentais, como de terapias familiares e grupais. O autor também traz que quando essa abordagem surgiu ela se colocou de forma teoricamente antagônica à psicanálise, e que os psicanalistas, com frequência limitaram-se a refutar os argumentos do grupo de Palo Alto em “discussões de corredor”, sendo que os mais ortodoxos realmente tinham

resistência sobre considerar qualquer coisa vinda da teoria sistêmica, porém, que outros psicanalistas que eram mais confrontados pela loucura e pela psicose perceberam que havia algo importante que foi circunscrito por esses teóricos, e se esforçaram realmente para encontrar uma explicação metapsicológica para os fenômenos que o grupo de Palo Alto estava observando. Dentre esses, os nomes de Racamier (1978) e Anzieu (1982) e Searles (1959) se destacam, pode-se dizer que eles, assim como os sistêmicos se propuseram a investigar os aspectos negativos que os paradoxos tinham sobre as relações e no psiquismo. Diferentemente de outros teóricos da psicanálise, e aqui chamamos a atenção para Winnicott (1990), que se ocupou em mostrar a importância dos paradoxos como algo construtivo para o psiquismo.

O pensamento de Palazzoli e cols. (1998) trouxe várias críticas à teoria sistêmica desenvolvida nos Estados Unidos, tais como o excesso de analogias biológicas ou de termos abstratos e genéricos, o estabelecimento de conexão entre sintoma psicótico e disfunções comunicacionais do sistema ancorados apenas no *aqui e agora* observável e principalmente, a recusa que essa escola tinha em responder a questão “Por que o paciente, no contexto das suas relações, desenvolveu, em dado momento, um certo sintoma, e exatamente aquele sintoma?” (p. 23). Para os italianos, faltava ao grupo de Palo Alto aprofundamento no diagnóstico individual e explicações específicas que encontrassem, no próprio caso, elementos relacionais concretos.

Então, o grupo italiano concebeu uma metáfora de que as famílias em sua dinâmica relacional funcionavam como se houvesse um jogo familiar, tal como existem as expressões que se referem aos jogos políticos, jogos de poder, entre outros, que seriam um modo de representar uma organização interativa que evolui no tempo. Se para os pragmáticos não comunicar é impossível, para Palazzoli não jogar é impossível. E assim construíram um modelo composto por seis etapas de processos interativos que estariam

na origem das psicoses, e mesmo que a metáfora de jogo traga consigo um linguajar bélico e por vezes agressivo, eles acreditam que a forma grosseira de descrição da dinâmica por intermédio dessa metáfora, é uma tentativa de generalização de vários elementos que fazem sentido quando estão sendo descritos dentro de um caso clínico e, portanto, sua generalização só poderia se aproximar das individualidade de forma grosseira. Eles também partem do princípio de que a intencionalidade das pessoas é inconsciente e que o objetivo da terapia familiar é modificar a forma como a família vê a si mesma, às dificuldades que tem e ao problema que a levou a fazer terapia.

Falaremos resumidamente dessas etapas que estão descritas com vários exemplos clínicos de Palazzoli e cols. (1998). As etapas remontam muito mais aos aspectos intuitivos da relação do que a elaborações teóricas profundas por parte dos pesquisadores.

A primeira etapa denominada *Impasse do casal conjugal* (p.199) remete à escolha de parceiros que foi feita, esta embora seja considerada arbitrária não é casual, mas apenas considera-se que por ser eterna a influência genealógica, toma-se então como ponto de partida o casal parental. Eles observam que nas famílias em que um dos filhos torna-se psicótico, é muito observada a distinção entre um parceiro ativo, que dá ordens, e um passivo que obedece e geralmente está localizado em uma posição de vítima. O casal teria por costume relacionar-se de forma a sempre terem um conflito, mas nunca uma resolução ou uma explosão que mude o rumo das coisas, de forma que o filho que desenvolve o sintoma, geralmente, tome partido do cônjuge que está em posição passiva. Essa é a segunda etapa, *O enredamento do filho no jogo do casal.*(p.202)

Este é o momento que o filho acredita que precisa dar apoio e proteger alguém, quando na verdade os pais não têm o menor interesse em sair da situação em que estão e o filho entra como mais um elemento na estratégia de colusão do casal. Uma paciente

deles inclusive descreveu o seu relacionamento com o marido da seguinte forma: “Somos como dois rochedos que se chocam sem trégua. Mas é só com esses choques, em que nenhum dos dois cede um só milímetro, que nos oxigenamos.” Os pesquisadores falam que o erro epistemológico do futuro paciente consistiria em julgar linearmente o que é certo e o que é errado, confundindo o provocador passivo com uma vítima e o ativo com um carrasco.

Durante a segunda etapa, o filho toma o partido de um dos pais que o seduz em segredo por meio de promessas ambíguas e comunicações confiadas de forma implícita. A terceira etapa é *O comportamento inusitado do filho* (p.205), que à medida que o tempo vai passando começa a notar que todo o seu empenho e partidarismo com um dos pais não fez com que nada na situação conjugal fosse transformada. A estagnação da relação dos pais, junto com o eterno pedido de ajuda subentendido tornam a relação inaceitável para o filho, que começa a comportar-se de forma a desafiar o cônjuge opressor e também, a dar exemplo ao cônjuge vitimado de como esse deveria agir para não precisar ficar à mercê do algoz. Essa mudança no comportamento do filho corresponde, muitas vezes, à o que os pesquisadores ouvem do relato dos pais como sendo: quando o paciente começou a ficar esquisito e a reagir de forma estranha.

O início do comportamento inusitado do filho então está relacionado a uma situação, interna e externa, que exauriu o sujeito em seu repertório de lidar com situações conflitivas e ansiogênicas em relação ao seu papel junto à dinâmica conjugal de seus pais. Tal mudança pode promover a aquisição de autonomia ou preceder a eclosão de sintomas psicóticos. Quando, infelizmente, toda a mudança de atitude do filho não provoca mudanças na aliança dos pais, mas ao invés disso provoca raiva tanto no cônjuge opressor, quanto no que é vítima e este ainda desaprova toda a sua atitude rebelde e inclusive a

pune, chega-se então à quarta etapa, que é chamada *A reviravolta do suposto aliado* (p.208).

Nessa etapa, o paciente vê-se fracassado em seu propósito de dominar o cônjuge opressor e traído pelo seu companheiro secreto, estando só e abandonado pelos pais. Então vai-se para a quinta etapa, *A explosão da psicose* (p.208). A confusão psicótica seria para os autores próxima à sensação de que os fundamentos lógicos do mundo e seus significados foram revirados pelo avesso, já que as previsões tidas como certas mostraram-se completamente errôneas. Não há mais certeza nem no campo dos afetos e nem no das ideias. Tudo em que o sujeito acreditou que podia ter como referência mostrou-se falso, e ele não tem ninguém e também não sabe em que acreditar.

Quando o sujeito consegue reorganizar-se, como em alguns episódios psicóticos com adolescentes, ou quando a família se reorganiza, seja pedindo a ajuda de terceiros ou seja por si mesma, pode-se dizer que o sintoma cumpriu sua função mobilizadora na dinâmica familiar. Mas quando ao invés disso o sintoma psicótico torna-se crônico e os familiares se reorganizam de forma a pautar suas atitudes em torno desse sintoma mas agora com o objetivo de mantê-lo, chega-se então a sexta etapa, que é chamada *As estratégias baseadas no sintoma* (p.209).

Nesta última etapa, os autores observam que, por alguma razão, o sintoma psicótico pode ser bem vindo à interação do casal e qualquer tentativa de abandono do sintoma será obstruída pelos pais. A razão disso como sempre será particular à cada família, mas pode ser a desculpa que faltava para abandonar um emprego insatisfatório para permanecer em casa com o filho doente, ou a forma de mostrar para toda a família quem tem a vida mais difícil, e assim ser olhado com pena e piedade por todos, entre outros. O que se observa são ganhos secundários nas relações. Obviamente, quanto mais

membros na família, mais complexos serão os jogos, mas aqui optamos por não nos estendermos muito nas explicações dadas por Palazzoli e seu grupo e trazermos somente seus desenvolvimentos no que concerne a tríade pai, mãe e filho.

A escola de Milão trouxe para nós uma contribuição especial pautada em suas observações clínicas, na qual a leitura da dinâmica familiar amplia o significado do sintoma psicótico denunciando o que é insuportável para o sujeito, o que lhe falta recurso psíquico para lidar dentro da relação. Searles (1959) argumenta que qualquer tipo de relação interpessoal que tende a fomentar conflito emocional em outra pessoa, ou seja, que coloca várias áreas da personalidade de um indivíduo uma contra a outra, tenderia a enlouquecer a outra pessoa. Isso ocorreria porque a comunicação tida como paradoxal é vista por ele como enfraquecedora do ego, é uma interação em que o outro desfaz a realidade de forma a impedi-lo de confiar em si mesmo e construir um ego fortalecido.

Figueiredo (2012) faz algumas considerações sobre as dimensões traumáticas e psicotizantes do paradoxo de acordo com o que foi elaborado por Anzieu (1975, *apud* Figueiredo, 2012). Ele traz que nessas comunicações ocorre uma perversão autoritária da paradoxalidade oriunda de três condições: a sobreposição de várias pessoas no lugar de dominação, a repetição contínua desse padrão e as duas exigências incompatíveis serem reforçadas por punições e ameaças. Então o exercício de forçar a autoridade, de dominar e de exigir uma resposta impossível, já que uma resposta contradiz a outra, aliadas à condição de duplo vínculo promoveriam a experiência de enlouquecimento e geraria defesas psicóticas no sujeito.

Ao invés da situação paradoxal proporcionar uma experiência de ambiguidade e por isso, tornar-se uma condição e uma oportunidade para o jogo e a criatividade, como em Winnicott (1975), é justamente o lúdico que é destruído, pelo exercício sistemático do

desligamento em razão da liberação da pulsão de morte que se volta contra o próprio sujeito no que ele tem de mais precioso, que é sua capacidade de brincar advinda de sua condição paradoxal de ser e não ser, que o permite vir a ser por meio do jogo e das tensões criativas a este inerentes.

O caráter destruidor do paradoxo como visto acima, é contrário ao caráter construtivo do paradoxo da forma elaborada por Winnicott (1990). Parafraseando Green que pensou nos diferentes desenvolvimentos para o narcisismo a partir de este estar em função da pulsão de vida ou de morte, podemos pensar que através do olhar de Roussillon (2006), Figueiredo (2012) e Anzieu (1975), o fenômeno paradoxal sistêmico, seria um paradoxo de morte e o estudado por Winnicott, um paradoxo de vida. Figueiredo (2012) ainda comenta que o caráter autoritário e perverso do paradoxo sistêmico obriga ao sujeito ter que escolher entre ser-com e ser-só, sendo que no primeiro, ele se dilacera e se estraçalha na vivência de uma situação ambivalente irreduzível e insuportável. Na segunda, só resta a ele o vazio, o nada. A única opção que restaria nos dois casos seria o não-ser, ou tentar sobreviver ao custo de defesas psicóticas.

Entendemos que um dos objetivos da terapia individual seja justamente, na relação com o terapeuta, promover um espaço e uma alteridade na qual a pessoa consiga descobrir outras formas de vir a ser. Quando deparamo-nos com sintomas psicóticos o que está se mostrando para nós são formas muito arcaicas de interação objetal e entre as instâncias do psiquismo. Por isso a contribuição da terapia familiar auxilia-nos a atuar diretamente na comunicação familiar de forma a mobilizar o que o sintoma psicótico tentou dar conta, mas falhou em transformar.

O GIPSI deve ser visto como um serviço de saúde para condições psíquicas extremas onde elementos psicóticos podem ser percebidos pelo profissional capacitado

para acolher a crise, no qual se busca utilizar outras formas de tratamento que não sejam internação e medicação, justamente por acreditar que tudo o que é mobilizado em um indivíduo e sua família durante uma crise do tipo psicótico é o que precisa ser trabalhado. Tentativas de supressão do sintoma ou isolamento do sujeito afetado com o intuito de impedi-lo de “incomodar os familiares” nos soa como uma profunda incompreensão do fenômeno que está ocorrendo. Já que tais medidas não visam o cuidado nos termos que o entendemos.

Além do pensamento teórico, podemos dizer que clinicamente, ao invés de termos que nos limitar sobre as influências ambientais ou objetais em concorrência com as influências pulsionais e sexuais, a integração destas nos auxilia a extrapolar alguns limites de cada clínica. Como por exemplo, a decisão sobre qual tratamento que uma pessoa receberá durante a crise, tal decisão na maioria das vezes é tomada somente pela família, por julgar-se que o paciente está impossibilitado de tomar alguma decisão. Nesses momentos, torna-se também trabalho do psicólogo intervir junto à família para que o momento de crise não seja um momento que tenha suas características traumáticas acentuadas por influências externas.

No GIPSI optamos por não criar fidelidade à uma única abordagem de terapia familiar, por acreditarmos que somente a reflexão conjunta entre teorias sistêmicas e psicanalíticas conseguem abordar a complexidade da crise do tipo psicótico (Costa, 2008). Então embora utilizemos a contribuição de conceitos das teorias sistêmicas que julgamos importantes como os de duplo-vínculo, paradoxo na comunicação, imbróglio e “jogo sujo”, também somos influenciados pela abordagem psicanalítica da família, que leva em conta o inconsciente e os fantasmas individuais de cada membro da família, como desenvolvido por Eiguier (1985). O que achamos que há de mais importante na contribuição dessas teorias é o fato delas chamarem à atenção para a relação que existe

entre o aparecimento de sintomas psicóticos e a dinâmica familiar. Porém, não compartilhamos da ideia de que o olhar sobre a família substitui o olhar individual ou vice-versa, e assim depreendemos dos estudos das abordagens familiares que, para o tratamento das psicoses, tratar a família é tão importante quanto tratar o indivíduo. Então ao invés de determinarmos se a abordagem familiar, ou a abordagem individual oferecem suporte melhor para o tratamento de psicoses, acreditamos que integrar as duas é uma forma de ampliar o cuidado psicológico e conseqüentemente, buscar melhores desfechos para quem faz uma crise do tipo psicótico.

5 CONTRIBUIÇÃO PSICANALÍTICA SOBRE AS RELAÇÕES

*minha bisavó reclamava que minha avó
era muito tímida
minha avó pressionou minha mãe a ser
menos cética
minha mãe me educou para ser bem lúcida
e eu espero que minhas filhas fujam desse
cárcere
que é passar a vida transferindo dívidas
(Medeiros, 2011 p.160)*

A terapia familiar com os pacientes do GIPSI almeja a mudança na dinâmica familiar na qual o sintoma do tipo psicótico produzido por um de seus membros perca o seu sentido no *jogo familiar*. No âmbito econômico, tópico e dinâmico do psiquismo individual podemos pensar que buscamos com a terapia familiar fornecer outras formas de experiência sensível, principalmente através das relações parentais do indivíduo, que o propicie a introjetar novos elementos psíquicos cuja a natureza das relações familiares vividas até a crise o impediu de desenvolver. Fundamentamo-nos aqui na hipótese de que a parca simbolização observada em funcionamentos psicóticos, assim como um ego não integrado que ainda está confundido com o Outro são elementos que conduzirão à análises que demandarão do analista a construção de um mundo interno, junto ao analisando, pois este encontra-se permeado de ruínas e vazios cujos ecos serão sentidos em transferências e contratransferências.

Em nossa clínica observamos certa pluralidade de constituições psíquicas porém, acreditamos que a compreensão elaborada por Green acerca de funcionamentos limites, pode abarcar uma parte dos funcionamentos que nos surgem, afinal, não há como fugir da singularidade da clínica, nem como acreditar em consenso teórico, como dito por Green (1988c) “Em suma, podemos compartilhar nossas percepções, mas não nossas concepções – talvez porque alimentamos diferentes preconceitos” (p. 67). Aliado a isso, temos o fato de ser um grupo com várias abordagens teóricas, o que limita o acesso a

certos elementos que um psicanalista acharia relevante para pensar um determinado caso, quando ele não participa diretamente como terapeuta, que seriam necessários para a elaboração pormenorizada de uma hipótese clínica psicanalítica.

Como trabalhamos tanto com a família e com o indivíduo, observamos que uma das características relacionais que costumam se repetir é o distanciamento afetivo da mãe, em relação ao filho que é paciente, um distanciamento presente, geralmente, desde o nascimento da criança, muito similar ao descrito por Green (1980) como Complexo da mãe morta.

Este complexo diz respeito a uma mãe deprimida, cuja a razão da depressão pode ser qualquer uma, porém o que se acentua é o fato de a criança ter vivido um momento inicial no qual ela foi um objeto investido de diversas expectativas e esperanças pela mãe que ao se deprimir, desinvestiu a criança de forma abrupta. Esta vive então a desilusão da perda do amor materno e a confusão gerada pela ausência de explicação que ocasionou essa mudança. A criança então começa a culpabilizar o seu investimento libidinal no objeto como o responsável pela decepção que está sofrendo. E muitas vezes a perda do amor da mãe coincide com o momento de descoberta do pai pela criança, que pode então investi-lo de forma intensa para que o salve de seu conflito com a mãe, mas se este não consegue corresponder aos apelos do filho, como diz Green, “Eis o sujeito preso entre uma mãe morta e um pai inacessível”.

Masud Khan (1960 – 1977) fala que as mães de pacientes que ele optou por chamar de esquizoides, mas que aqui encontra certa correspondência ao que está sendo considerado como paciente-limite, são mães que seja pelo excesso de presença ou excesso de ausência passam a mesma mensagem para seus filhos, que infelizmente elas não conseguem amá-los nem valorizá-los por si mesmos como pessoas. Green (1980) acentua

que as angústias de fusão e separação constantemente sentidas por pessoas em funcionamento limítrofe, relacionam-se às fragilidades dos limites psíquicos oriundas de um luto branco por um objeto onipresente que oferece à criança um amor gelado. Garcia (2007) escreve que o mote da teoria de Green no trabalho com esses pacientes é a compreensão de que:

A onipresença do objeto invasivo e a inacessibilidade do objeto idealizado interferem gravemente na capacidade de construir representações, problema central na clínica dos estados-limite. A impossibilidade de constituir a ausência enquanto presença em potencial impede o pensamento e o acesso ao desejo, enquanto que as angústias de fusão e de separação atestam a fragilidade dos limites psíquicos, nestes casos, demonstrando que o objeto não se deixou apagar (p. 123).

Tal afastamento materno traz implicações significativas ao desenvolvimento psíquico, pois como colocado por Green (1980), ele desencadeará duas vertentes distintas, que são o desinvestimento, afetivo e representativo, do objeto materno e a identificação inconsciente com a mãe morta. Essas vertentes implicam, respectivamente, a constituição de um buraco na trama das relações objetais e o fracasso da relação especular, tão necessária para a constituição e integração do ego, que condena o sujeito ao mimetismo com o objeto que por não mais poder tê-lo, encontra como única forma de ainda possuí-lo tornar-se não como ele, mas ele mesmo. A renúncia do objeto materno em corresponder ao bebê, junto com o modo canibalístico de conservação objetual por parte do bebê produz-se à revelia do Eu do sujeito, sendo a identificação com a mãe morta desde o princípio inconsciente e portanto, alienante.

A incapacidade da criança em dar sentido ao intenso afastamento da mãe como consequência de algo que tenha feito e se culpabilize, a leva a deixar-se morrer. Para ela

é impossível derivar sua agressividade destrutiva para fora, já que a imagem materna é frágil, vulnerável, a criança então responsabiliza o pai pelo abatimento da mãe, desencadeando um complexo de Édipo precoce formado pela criança, a mãe e o objeto desconhecido do luto da mãe que se funde com a figura do pai. Sendo o complexo de Édipo o protótipo das relações de objeto a serem desenvolvidas, podemos pensar em algumas consequências que esse Édipo precoce poderá proporcionar que não seriam as esperadas caso ele ocorresse a partir de suas pré-condições satisfeitas.

A psicanálise sempre colocou como uma de suas pedras angulares a relação dos pais com a criança principalmente pelo conceito do complexo de Édipo. Freud (1996h) em sua tentativa de fazer um texto que resumisse e explicasse os conceitos básicos da psicanálise, fala da seguinte forma:

A pressuposição de existirem processos mentais inconscientes, o reconhecimento da teoria da resistência e repressão, a apreciação da importância da sexualidade e do complexo de Édipo constituem o principal tema da psicanálise e os fundamentos de sua teoria. Aquele que não possa aceitá-los a todos não deve considerar-se a si mesmo como psicanalista. (p. 264)

Em termos gerais, o complexo de Édipo pode ser descrito como a vivência imaginária que surge na interação da criança com as figuras parentais. Marty (2012) comenta que o Édipo é capaz de proporcionar à criança a sexualização dos vínculos objetivos. Nesta etapa, para a criança se fazer sujeito unificado de um desejo do pai edipiano, ela integra o polimorfismo de sua sexualidade pré-genital e narcisista. Por acontecer simultaneamente que os pais sejam investidos libidinalmente como primeiros objetos de desejo e ódio pela criança, esta então acaba por ligar o desejo ao interdito. Ele ainda ressalta que a estrutura do complexo de Édipo, por distinguir os lugares simbólicos

que cada sujeito possui na dinâmica familiar, ao interditar o incesto, é considerada a fundadora das relações entre os seres humanos de maneira universal. Ela permite a entrada da criança no processo de simbolização, e nesse sentido, seria a base para o processo de subjetivação que leva à capacidade de pensar a si mesmo como sujeito.

Se durante a passagem pelo Édipo o complexo de castração, que será responsável pela instauração da Lei no psiquismo do indivíduo não ocorre, o que começa a se figurar é uma saída do Édipo pela via do funcionamento psicótico. Tal via é marcada pela evitação do simbolismo, já que por ela o Pai não ocupa o lugar de interdição do desejo da criança em relação à Mãe. Como dito por Delouya (2007),

A tela de compaixão proporcionada pela mãe, quando debilitada em sua textura, prende a criança, justamente na feição especular que deixa de amadurecer, acarretando a não liberação da criança. Refiro-me ao fato em que tanto Freud como Lacan, Winnicott e Bion insistiram, sobre um ingrediente essencial para o desempenho de funções de compaixão e condução imitativa; eles devem ser impregnados de uma noção interna sobre o terceiro: a mãe deve ser “mensageira da castração” (Freud); barrada pela castração (Lacan); apontar para alguém no seu exterior, fora de seu recinto (Winnicott); amar o pai ou a criança, em função da noção do terceiro, como um ser separado dela mesma (Bion) (p.203).

E então quando o pai não interdita a relação mãe-filho, na dimensão relacional, vê-se o indivíduo não localizado em sua posição de filho na dinâmica familiar em que vive, pois não lhe foi apresentada nem a diferença dos sexos nem a das gerações. Nesse sentido, cabe citar a sintetização dessas ideias que foram elaboradas por Ortigues em Marty (2012).

O complexo de Édipo é o problema da sexualidade infantil e, em todas as sociedades, não é outra coisa senão isso. O problema é, contudo, o mesmo não importa qual seja a maneira de resolvê-lo. Consiste no fato de que a diferenciação sexual entre menina e menino inscreve na vida emocional uma construção simbólica das relações pessoais, e de que a análise dessa construção faz aparecer um limite afetivo da ética fundado na relação do ser humano com sua origem. Tal é a situação problemática da infância humana. Todo o resto, tudo o que se narra nos fantasmas é apenas resposta a essa situação problemática, a resposta sendo variável segundo cada indivíduo (mesmo que seja no interior de uma mesma cultura) (p.197).

Este excerto de Ortigues também introduz a construção psíquica que responde à situação edipiana, indicando o que deve ser analisado na narrativa para fins de compreensão do complexo de Édipo, no caso, o fantasma.

O termo fantasma (Seganfredo, 2007) foi inicialmente utilizado em língua francesa como alternativa à tradução do termo *phantasie* utilizado por Freud em seus trabalhos, já que para os tradutores o termo *fantasia* já estava bastante impregnado de conotações que o distanciavam do que queria ser dito. Após esse uso, vários trabalhos em língua portuguesa passaram a utilizar também a tradução para fantasma, sendo que a escolha pela utilização entre um ou outro termo ainda seja alvo de várias discussões nos meios psicanalíticos e acadêmicos. Neste trabalho utilizamos o termo *fantasma* ao invés de *fantasia* para manter a consonância com os trabalhos dos autores utilizados.

Bokanowski (2012) define o fantasma freudiano como:

A produção psíquica imaginária que se apresenta sob a forma de uma cena, a qual põe em jogo, sob uma forma mais ou menos dramatizada, uma ação que implica o

sujeito com seus objetos; a estrutura dessa cena é a de um esquema a serviço da realização de um desejo, principalmente de um desejo inconsciente (p.107).

Para além de um esquema a serviço da realização de um desejo, compreende-se o fantasma também como estruturante da vida psíquica. Em *Uma criança é espancada*, Freud (1996f) desenvolve a ideia de como o fantasma de espancamento foi estruturante na escolha sexual de seus pacientes, e como esse fantasma delineava o tipo de investimento pulsional que a criança tinha com seus pais.

O que percebemos então é que o complexo de Édipo freudiano permite a sexualização dos vínculos objetais, sendo que essa mediação se dá pela via fantasmática, na qual ocorre o investimento e posterior desinvestimento pulsional do objeto caracterizado pelo período de latência.

Diferentemente das neuroses, em que a sedução do adulto permite a constituição de fantasmas que serão estruturantes para a personalidade, em funcionamentos psicóticos de adultos não encontramos os mesmos fantasmas como organizadores dos investimentos libidinais. Os teóricos das relações de objeto, como ficaram conhecidos, começaram então a buscar outras explicações fora do enfoque da sexualidade freudiana. Green (2008) fala que com pacientes limites soa abusivo colocar as questões do sujeito em primeiro plano, não por inexistência deste, mas por ele não ser a peça chave do conflito. Lacan (1984) comenta:

Os complexos familiares preenchem, nas psicoses, uma função formal: temas familiares que prevalecem nos delírios por sua conformidade com a estagnação que as psicoses constituem no Eu e na realidade; nas neuroses, os complexos preenchem uma função causal: incidências e constelações familiares que determinam os

sintomas e as estruturas segundo os quais as neuroses dividem, introvertem ou invertem a personalidade (p. 63).

Neste trecho Lacan fala de uma estagnação no Eu e na realidade em que permanece o paciente psicótico e nas páginas seguintes, acrescenta que podemos reencontrar nos objetos de delírio do psicótico as formas estagnadas dos estádios do Eu, anteriores à formação da personalidade, se as caracterizarmos pelo estágio do objeto que lhe é correlativo. O delírio mostra o quanto o objeto está imiscuído no Eu. O autor chama a atenção para a qualidade das relações objetais na psicose ao elaborar que os objetos do delírio manifestam os caracteres que constituem os primórdios do conhecimento humano: identidade formal, equivalência afetiva, reprodução iterativa e simbolismo antropomórfico. Eles se manifestariam sob formas coaguladas, cujo o acento se daria pela ausência ou pelo apagamento das integrações secundárias, retirando do objeto sua mobilidade, individualidade, relatividade e realidade.

Retornando à ideia do Édipo precoce em Green (1980), o autor irá enfatizar três frentes de defesas que serão provocadas por essa configuração da súbita perda do seio.

Na primeira ocorre o desencadeamento de um ódio secundário que mobiliza desejos de incorporação regressiva e relações objetais dominadoras que buscam se vingar do objeto.

A segunda diz respeito à dissociação precoce entre o corpo e a psique, entre a sensualidade e a ternura promovidas pela busca do prazer puro no qual o objeto é escolhido por sua capacidade de oferecer gozo isolado, instalando-se um auto erotismo fundado na reticência em amar o objeto.

A última trata da incapacidade de brincar como experiência criativa, mas esta tornando-se imperativo de jogar porque existe a obrigação de imaginar, da mesma maneira que o desenvolvimento intelectual se fará pela obrigação de pensar. Tal imperativo se origina pela tentativa de não perder a capacidade de superar a perda súbita do seio que impulsiona a criança para a criação de um seio remendado “pedaço de tecido cognitivo destinado a mascarar o buraco do desinvestimento, enquanto o ódio secundário e a excitação auto erótica formigam na borda do abismo do vazio” (Green, 1980, p. 251). Ou seja, o esforço em encontrar um sentido para o que foi perdido surge como impulsionador do “desenvolvimento precoce das capacidades fantasmáticas e intelectuais do Eu” (p.250).

Aqui falamos de um Édipo precoce mobilizado pelo súbito distanciamento materno, o qual temos observado configurar-se com certa frequência em nossa clínica. E, muitas vezes, essa vivência fantasmática está atualizada na dinâmica familiar concreta que por manter o sujeito ainda preso à inacessibilidade afetiva do objeto primário continua a deflagrar várias ações psíquicas empenhadas em não deixar o ego sucumbir ao vazio instaurado pelo desaparecimento do seio, mas que permanece impotente em sua tentativa de desencadear qualquer mudança na realidade externa que traga de volta o objeto.

O esforço em proporcionar uma nova realidade familiar ao indivíduo coaduna-se com a ideia expressada por Delouya (2001) de que “a circunscrição de um Eu coloca em xeque as estruturas do meio do qual emerge” (p. 18). Compreendemos que há algo da realidade familiar sensível que impede ao sujeito a circunscrição de seu Eu. Uma falha ambiental ocorrida nos primeiros anos da criança, a qual ainda pode ser sentida na dinâmica familiar atual do paciente como o eixo no qual o psiquismo foi moldado mas não consegue ter mobilidade para desenvolver-se. Enquanto uma das dimensões da

terapia individual psicanalítica busca a diferenciação e a circunscrição do Eu, a terapia familiar almejará propiciar uma nova realidade familiar que suporte a emersão deste.

Para ilustrar nossa hipótese apresentaremos um fragmento clínico que traz aspectos familiares que cremos serem imobilizadores do desenvolvimento psíquico, como os acima descritos. O que nos leva a crer que a compreensão psicanalítica dos fenômenos de comunicação psicotizante como estudado pelas teorias sistêmicas nos possibilita elaborar de forma mais ampla os afetos e os fantasmas que estão na base do que é comunicado, e pensamos que tais aspectos podem ser melhor trabalhados com a conjugação de atendimento psicológico familiar e individual.

6 FRAGMENTO CLÍNICO 1

A perda do filho e a perda do pai

*“Se não sou eu, de quem é a culpa?”
-Liévin não pôde deixar de pensar,
à procura de um culpado para aqueles sofrimentos,
a fim de castigá-lo; mas não havia um culpado.
Ela (sua esposa) sofria, queixava-se e triunfava
por meio daqueles sofrimentos,
alegrava-se por eles, e os amava.*

(L. Tolstói, 2005-1873 p.689)

O paciente X quando chegou ao GIPSI tinha quinze anos e fazia uso de antipsicóticos já há quatro anos. Ele acreditava ser um soldado de Deus na batalha deste contra o demônio e que parte da igreja que ele frequentava era uma besta-mulher de sete cabeças, além disso, passava horas lendo a bíblia. X é atendido pelo GIPSI individualmente e a sua configuração familiar nuclear é constituída por ele, X, seu irmão W, seu pai Y e sua mãe Z. De início, essa configuração foi mantida para a terapia de família, porém depois de analisar a dinâmica familiar inicial, foi decidido em supervisão mudar para uma terapia conjugal, pois algo da relação do casal mostrou-se muito mais enquadrante para o sintoma do filho do que a família.

Z, mãe de X, é uma senhora bastante ligada à igreja, pertencendo a uma vertente do cristianismo na qual durante o culto as mulheres precisam usar um véu e sentam-se em lados opostos ao dos homens na igreja. Sua postura nas sessões era de mostrar o quanto se sacrificava pela família e mostrar que realmente era muito superior ao seu marido em todas as dimensões que a superioridade pode ser pensada. Y, marido dela, é um homem bem sucedido, porém o seu trabalho não é de nível superior, diferentemente do da esposa, mas na época do atendimento já estava em vias de se graduar. Ele frequenta

igreja junto com a mulher, mas se considera bem menos engajado do que ela. Durante as sessões se esforçava por se mostrar uma pessoa brincalhona, bastante flexível, mas que por mais que aceitasse com tranquilidade a autoridade da mulher, deixava escapar vez ou outra o quanto que estava se tornando insuportável a ausência da mulher enquanto esposa e o lugar de inferioridade que lhe fora reservado. Várias vezes em sessão a esposa relatava com envaidecimento o quanto que ela teve que lutar com a família para provar que o marido era uma boa escolha, já que para os familiares era claro que ela merecia alguém melhor. E ele emendava dizendo que depois que ele foi convivendo com a família da esposa, todos passaram a gostar muito dele e realmente se tornaram amigos, fato que ela replicava com algum comentário desdenhoso sobre essa mudança não ter nenhuma importância, o que importava é que todos sabiam que ela conseguiria alguém melhor se quisesse.

Várias eram as sessões em que a esposa contava algo interessante de seu trabalho como alguma experiência que o marido jamais poderia chegar perto de entender porque, a seu ver, ele era muito grosseiro, o que para os terapeutas ele nunca pareceu ser. Na época em que procuraram nosso atendimento, a esposa estava cogitando a hipótese de sair do emprego para ficar cuidando do filho em tempo integral, o que seria economicamente viável já que o marido tinha um bom salário.

As tarefas domésticas eram divididas em casa, mas em relação aos filhos o trabalho do pai resumia-se quase que a transportá-los para a escola, cursos e outras coisas. Cabia a Z os demais cuidados que incluía dar banho em X todos os dias, porque senão ele não tomava banho direito e ela ainda tinha que enxugá-lo nos mínimos detalhes, já que ela percebia nele muita facilidade para adoecer de gripe ou resfriado. Essa rotina mantém-se até hoje, mesmo que ele já seja um adolescente de dezessete anos. Outra situação cotidiana é o fato de que a medicação para o tratamento da psicose faz com que

ele produza muita saliva e nesse sentido, a mãe alertou-nos para as diversas situações em que ele já se engasgou com a saliva e como é horrível presenciar os fortes engasgos dele. Para que ele ao dormir não corra o risco de morrer engasgado com a própria saliva ela, já há muito tempo, adotou o hábito de dormir na cama do filho caso houvesse necessidade de socorrê-lo à noite.

A simbiose da mãe com *X* e as fantasias mortíferas envolvendo o filho eram bastante perceptíveis, assim como estava claro que a sexualidade do casal estava prejudicada e precisava ser melhor compreendida. Para os terapeutas a doença do filho proporcionava à mãe uma tarefa na qual ela poderia provar a si mesma que ela conseguia ser mãe mesmo, ou principalmente, nas situações mais difíceis. Nesse caso, ser a mãe perfeita fornecia-lhe a prerrogativa de não manter relações sexuais com o marido, já que ela já se ‘sacrificava’ pelos filhos. Algo que ela sempre deixava subentendido é que se fosse necessário sacrificar a vida conjugal para que os filhos tivessem saúde, ela o faria.

Em relação ao pai, os terapeutas percebiam que ele aceitava não interferir na relação de *X* com a mãe. Eles inclusive nos contaram que após o nascimento de *X*, a mãe teve depressão pós-parto e que ele tentou ajudá-la de várias formas, até quando ele achou melhor sair de casa e as irmãs vieram ajuda-la, então ela começou a melhorar. Desde então, o pai de *X* falou que entendia que tem coisas que é melhor o marido não se intrometer. Com essas breves informações já é notória a quantidade de material que tinha para ser trabalhado.

Em uma das sessões, os terapeutas perguntaram como estava a vida sexual do casal, no qual a esposa prontamente respondeu que eles não falavam disso com estranhos, e o marido discordou da esposa falando que já havia tempo que queria abordar esse ponto na sessão e não nos considerava estranhos por já estarmos em terapia há vários meses.

Depois de ouvirmos a insatisfação do marido e as tentativas evasivas da esposa em comentar qualquer coisa sobre o assunto, ela direcionou o assunto para voltar a falar do seu cuidado em relação ao filho. Foi quando retomou os fatos expostos acima sobre a imprescindibilidade de suas atitudes para que a vida e a saúde do filho fossem preservadas.

Nesse momento, os terapeutas acharam uma brecha para intervir junto ao casal e sensibilizar o pai sobre a condição do filho. Perguntaram ao pai como ele achava que um garoto de quatorze anos se sentiria quando tivesse ereções e ejaculações noturnas e ao acordar, a sua mãe estar na cama? O pai respondeu que tal situação seria embaraçosa. Após isso dito, prescrevemos que a partir daquele dia, quem colocaria o filho para dormir e dormiria no mesmo quarto seria o pai. Naturalmente, isso não aconteceu de forma tranquila.

Na semana seguinte, eles contaram que nos primeiros dias *X* chamava muito pela mãe e não queria dormir com o pai. Este colocou um colchão no chão do quarto do filho e reclamava de um pouco de dor nas costas. A mãe nos perguntou se não seria melhor ela já voltar a dormir no quarto do filho que então tudo ficaria mais fácil. Explicamos novamente que teriam que passar mais uma semana daquele jeito. Na semana posterior o pai nos contou que agora o filho estava dormindo sozinho. Os horários que pai e filho queriam dormir não coincidiam, o pai não gostava de dormir no colchão e os dois chegaram à conclusão de que era melhor o filho dormir só.

Sistemicamente, podemos pensar que a funcionalidade da prescrição foi alcançada. Mas de fato, o que foi pensado pelos terapeutas foi que o conflito da mãe em relação à sua própria sexualidade estava tão enraizado, que demoraria muito até que ela desenvolvesse outros recursos que a permitissem elaborar sua experiência conjugal

culminando na transformação da relação desta com o marido. Como estava claro que a esposa não tinha interesse de voltar à cama do esposo, buscamos fazer com que este conseguisse intervir na relação diádica da mãe com o filho, carregada de fantasias incestuosas, que não permitiam a sua entrada como metáfora paterna (para usar a contribuição de Lacan).

Víamos que o pai, embora se incomodasse com a relação simbiótica incestuosa, não interferia nela. Era como se ele soubesse e aceitasse que não cabia a ele limitar nada naquela relação. E *X* em sua posição de objeto também estava tão preso ao gozo da mãe, que enquanto objeto de seu gozo não conseguia aceder à posição de sujeito, já que não cabe a ele barrar o gozo da mãe, se impondo e impondo à mãe a castração. Não tem como, a castração tem que vir de um terceiro. E nesse sentido a dupla terapêutica tomou para si a tarefa de intervir como o terceiro castrador, utilizando-se da posição de suposto saber em que era colocada para prescrever novas formas de interação familiar.

Essas elaborações que estamos fazendo também indicam como a escuta do sistema familiar em sessão, aos poucos passa a ser suplementada, pela escuta dos fantasmas individuais. A escuta psicanalítica permite ouvir esses fantasmas, o que acreditamos ser uma contribuição ímpar quando se quer compreender um sistema. Uma das finalidades da terapia familiar nesse, como em muitos casos, é abrir caminho para que o pai seja permitido na relação mãe-filho. Relação essa cuja a característica mais marcante, nos casos em que se observa a predominância de funcionamento psicótico no filho, é a ausência do Pai. Do pai enquanto metáfora paterna, castrador do desejo da Mãe e instaurador do superego e do simbólico. Como diz Freud em *A dissolução do complexo de Édipo* (Freud, 1996j): “A autoridade do pai ou dos pais é introjetada no ego e aí forma o núcleo do superego, que assume a severidade do pai e perpetua a proibição deste contra o incesto, defendendo assim o ego do retorno da catexia libidinal” (p. 196).

Quanto à dimensão de ser castrador do desejo da mãe, levamos em consideração o aspecto castrador das fantasias de completude do psiquismo feminino que encontram tão facilmente uma via escape na situação materna. Como já descrito por Freud (1996), a libido da menina desliza na equação pênis-criança, de forma a abandonar o seu desejo por um pênis e substituí-lo pelo desejo por um filho. Em mães que são incapazes de aceitar que o filho é um ser distinto delas, ou seja, que não conseguiram aceitar a separação trazida pelo nascimento o filho ocupa o lugar do pênis faltante, como uma parte de si mesma, caracterizando um investimento narcísico e não em direção a um objeto, ao catexizar o filho dessa forma.

A rejeição da castração relativa à psicose (*verwerfung*), é observada no indivíduo que não tem a relação mãe-filho barrada pelo pai, inibindo o que seria promovido no psiquismo do sujeito pelo desenlace da situação edípica como ocorre na neurose, tal continuação do desenvolvimento psíquico neurótico é descrita por Freud ainda no mesmo texto.

As tendências libidinais pertencentes ao complexo de Édipo são em parte dessexualizadas e sublimadas (coisa que provavelmente acontece com toda transformação em uma identificação) e em parte são inibidas em seu objetivo e transformadas em impulsos de afeição. Todo o processo, por um lado, preservou o órgão genital – afastou o perigo de sua perda – e, por outro, paralisou-o – removeu sua função. Esse processo introduz o período de latência, que agora interrompe o desenvolvimento sexual da criança (p. 196).

Algo da realidade precisa estar acontecendo para que a criança seja desapontada em suas fantasias edípicas e concretize a ameaça de castração. A frustração real aí tem caráter fundamental para o abandono ou a manutenção das fantasias constitutivas do

psiquismo. No fragmento clínico acima observamos que a interferência paterna que deveria surgir na relação de X com sua mãe não conseguiu achar uma brecha para insurgir-se. A colusão do casal pré-estabelecida pela subjetividade de cada um deles e as contingências do aborto natural vivido pela mãe um ano após o nascimento de X constituíram o ambiente para o desenvolvimento psíquico dele.

O desejo de morte, tão claramente expresso pelas fantasias de morte do filho que a mãe trazia nos leva a considerar a intensidade da destrutividade, ou mais amplamente, da pulsão de morte como predominante aos investimentos libidinais da mãe em relação a X. Após um ano do nascimento de X, o casal perdeu um filho já com quase oito meses de gestação, o que fez com que a mãe de X entrasse em processo depressivo. Nessa época, o marido tentou ajudá-la, mas seus esforços foram em vão, até que decidiu se afastar e deixar a esposa aos cuidados de sua própria família. Passou meses fora de casa, até que a esposa ‘saiu’ da depressão. Pareceu-nos que a interação que surgiu no casal após esses acontecimentos foi delineada pelo acordo implícito de que o marido não deveria interferir na relação da esposa com X, como se ele devesse a ela um filho e por temer alguma fragilidade emocional da esposa ligada à incapacidade de tolerar a frustração de suas expectativas. Na fala do pai de X era possível perceber que ele sentiu-se impotente em suas tentativas de retirar a esposa de sua depressão, assim como percebeu dolorosamente que sua presença em casa piorava mais o estado mental dela, levando-o a sair concretamente e simbolicamente da interação mãe-filho, sem até hoje ter retornado.

A terapia familiar buscou promover o lugar do pai onde a mãe não permitia que ele entrasse, nesse sentido, a terapia familiar enquanto interventora pela via da comunicação explora desejos não ditos, paradoxos comunicacionais, segredos conjugais e transgeracionais. O oferecimento de um setting que se mostre capaz de suportar o que não poderia surgir abertamente mas que encontrou uma forma de expressar-se por

distanciamentos, intolerâncias e agressões, supressões de individualidades, permite que esses conteúdos, mobilizadores de afetos intensos e muitas vezes ambivalentes, possam advir do profundo oceano das fantasias conjugais e parentais.

O foco são as mudanças possíveis das características do sistema familiar que têm suas raízes, obviamente, nas relações fantasmáticas dos indivíduos que a compõem, e por isso o olhar psicanalítico sobre a subjetividade de cada um dos membros da família pode trazer grandes contribuições para pensar intervenções. Figueiredo (2012) fala que, muitas vezes, o que o psicanalista pode oferecer quando em colaboração multiprofissional é justamente a sua capacidade de se utilizar da psicanálise para interpretar fenômenos e processos psíquicos intra e intersubjetivos que vão ao encontro do interesse de todos os profissionais de saúde que estão também atuando como agentes de cuidado.

Como mostrado acima, terapia familiar entra em nosso tratamento no sentido de mobilizar a mudança na realidade familiar que o sujeito não consegue fazer por si só. Ou seja, através do que é trazido pelo terapeuta individual podemos formular hipóteses sobre o papel da família na formação de suas angústias e em conjunto com o que está sendo trazido pela família, pensa-se em estratégias de intervenção que atuam no nível das relações familiares.

Pensamos que a importância do trabalho com a família de paciente psicóticos já havia sido captada pela sensibilidade clínica de Freud, não que ele tenha proposto especificamente trabalhar com elas, mas no que tange a psicose, ele já havia comentado (Freud, 1996k) da incapacidade que o sujeito psicótico possui de atuar mudanças em sua realidade externa e também, da sua incapacidade de tolerar a realidade tal como ela é. Esse autor traz que um comportamento considerado saudável é aquele em que a pessoa consegue aceitar a realidade tal como o neurótico e também acreditar que pode mudá-la

tal como nas psicoses, porém nas psicoses o sujeito não consegue mudar a realidade externa e acaba desfazendo-se desta na tentativa de mudar a realidade interna.

A psicose então surge para nós como um funcionamento que não consegue desenvolver-se devido à incapacidade da família em ser um ambiente suficientemente bom para o desenvolvimento mental e por não permitir tal desenvolvimento, o sujeito não consegue alcançar a maturidade psíquica que o permitiria, ou tolerar a realidade externa, ou promover mudanças nela. Utilizando aqui a ideia de ambiente suficientemente desenvolvida por Winnicott (1982), no qual o bebê é dependente de seu ambiente nos estágios iniciais da vida e à medida em que ela vai crescendo, a sua tolerância perante as falhas do ambiente começa a aumentar, fazendo com que a criança se torne capaz de participar ativamente da construção e organização de seu contexto emocional. Porém, se o ambiente não consegue fornecer os elementos de consistência emocional da mãe, de previsibilidade, entre outros, que levem a criança a confiar no ambiente e descobrir os aspectos variados da situação triangular, ela sobreviverá mas terá perdido algo que prejudicará sua capacidade para o *concern*, para o brincar construtivo, que limitarão sua profundidade e desenvolvimento psíquico.

E assim deparamo-nos com o sujeito preso à imobilidade e rigidez de seu meio e de seu psiquismo, sendo essas constatações justamente os fundamentos que justificam a complexidade do serviço que nos propomos a oferecer.

6.1 TERAPIAS INDIVIDUAL E FAMILIAR – COMPARTILHAMENTOS E LIMITAÇÕES

A descrição do trecho clínico apresentado e sua hipótese de compreensão, deslizaram no eixo clínico do *sistema familiar - fantasmas individuais*, de forma a trazer para o leitor a experiência de *continuum* da subjetividade que buscamos construir no espaço de supervisão do GIPSI. Para a compreensão das relações nos pautamos pela compreensão do indivíduo e vice-versa. As contribuições psicanalíticas de Freud sobre a importância da realidade, interna e externa, para o conflito psicótico, assim como as de Winnicott (1982) sobre a influência do ambiente para o desenvolvimento do psiquismo, as de Green (1988a) sobre a disposição afetiva dos objetos primários que proporcionam ao sujeito introjetar a ausência enquanto presença, nos fazem sentir bastante à vontade para irmos de um ponto ao outro na continuidade da análise do intra-interpsíquico, sendo que estas duas dimensões possibilitam e engendram uma a outra, o que faz com que a separação aqui colocada entre ambas se dê pelo esforço em destacar o caráter lúdico da explanação que estamos propondo, e não em afirmar que inter e o intrapsíquico são independentes um do outro.

Na psicanálise o analista vai construindo a sua visão do mundo interno do paciente a partir do que vai sendo contado e principalmente, pelo que vai sendo vivido na relação transferencial. A análise da transferência permite conhecer as relações de objeto do sujeito e, através de seu manejo, buscar promover transformações operadas no inconsciente de todas as instâncias Id, Ego e Superego. Já nas terapias familiares, o terapeuta observa a interação entre os membros da família, também experimenta os efeitos da transferência, mas ao invés de ter uma atuação que abranja o inconsciente das instâncias, o seu manejo

faz uso de uma comunicação que atua nos níveis consciente e pré-consciente, sendo assim submetida às defesas do ego.

A diferença entre as possibilidades de atuação dos dois tipos de terapia está atrelada à própria natureza dos *settings*. Enquanto no *setting* analítico o sujeito projeta a singularidade de seu mundo e seu conflito na figura transparente do analista, colorindo-o da forma que lhe for preciso, em terapia familiar, incluindo a conjugal, o outro presente não é somente o terapeuta. Estão na sala sujeitos e objetos com relações já constituídas, cuja a elaboração do conflito deve ocorrer no âmbito da relação que surgiu do encontro daquelas subjetividades. Os terapeutas familiares não possuem a mesma mobilidade de posições que o analista, já que vão estar limitados às possibilidades de intersecção dos inconscientes que estão ali presentes.

Porém, a escuta de uma terapia familiar permite também observar a intimidade da comunicação entre os membros presentes. Os lugares que cada um coloca o outro, suas expectativas, suas formas de corresponder, complementar, aniquilar, estar em contato com as transformações que o ego sofre ao transitar entre os diversos objetos de investimento da pulsão. E acreditamos que essas transformações do ego remetem justamente às formas que o ego utiliza para se defender. A observação da interação familiar proporciona ao terapeuta ver *in loco*, as defesas que o ego aciona dependendo do tipo de confrontação e da natureza do objeto. A natureza do objeto abarca a sua representação interna e a função que este ocupa na realidade psíquica, cabendo ao terapeuta familiar compreender que movimentos os membros da família acham harmônicos e quais soam como dissonâncias.

Green (2008) comenta que das implicações clínicas que o texto O Ego e o Id (Freud, 1996i) trouxe, seria a inconsciência do Ego de suas próprias resistências e defesas

a que merece o maior destaque, pois é quando se começa a compreender o que verdadeiramente está em jogo para o Ego. Através da leitura da dinâmica familiar pela óptica psicanalítica podemos desvelar os movimentos defensivos dos egos que ali se apresentam e, conseqüentemente, trazê-los à consciência. Em um movimento que se aproximaria bastante da psicoterapia realizada por Freud (Freud, 1996b) ainda em sua primeira tópica, quando coloca como meta da psicoterapia submeter o inconsciente ao pré-consciente. Obviamente, que isso se dá por vias diferentes, mas o que estamos trazendo é que a terapia familiar também proporciona a escuta das defesas do ego, pela via da observação da interação entre os objetos, e não pela via da associação livre.

Essa semelhança que trazemos, está localizada na teoria psicanalítica, ainda no momento em que Freud estava bastante otimista com as possibilidades terapêuticas da simbolização do inconsciente, período de sua obra que durou de 1900 a 1920 (Kristeva, 2000). Posteriormente, Freud continuou a aprofundar sua teoria. Green (2008) traz que a mudança teórica proposta em *O ego e o id* (Freud, 1996i) é um reflexo das dificuldades clínicas vivenciadas por Freud. Ele depara-se com a “existência de estruturas clínicas onde as representações não desempenham um papel tão importante quanto nas neuroses” (Green, 2008, p. 129). Situações em que a interpretação psicanalítica feita pelo analista, ou o acesso ao autoconhecimento que o próprio paciente alcançava da associação livre, não produziam os efeitos terapêuticos esperados.

Embora a escuta das defesas seja possível na terapia familiar, não significa que a forma de intervenção será a mesma. O terapeuta familiar pode vez ou outra interpretar para um membro da família uma defesa sua, mas o foco continua sendo ainda interpretar a relação, trazer para a consciência familiar o que está sendo vivenciado por todos, de forma que as influências de cada um sejam expostas para serem trabalhadas pelo grupo.

Outro contraste estaria no fato de que durante a terapia familiar a reconstrução das histórias pessoais remete à uma reconstrução de história compartilhada. Se há discordância sobre um elemento da história, esta geralmente é discutida até que se chegue a um consenso. Nessa parte do processo terapêutico, podemos nos deparar com um membro da família extremamente preso a algum aspecto que se recusa à aceitar que existem outras verdades que não sejam a sua. Quando tal enrijecimento surge, observamos que ele obstaculiza o processo de reconstrução da história familiar direcionando o trabalho dos terapeutas para a compreensão sobre a importância de algo que só pode ser aceito de forma única e específica por um membro da família, quando os demais veem a mesma coisa de forma diferente.

Acreditamos que por insistirmos na participação da família, não como cuidadora de um doente, mas como parte integrante de uma forma de funcionamento psíquico que a torna irrevogavelmente participante no desenlace de uma crise do tipo psicótico, ampliamos à própria atuação do terapeuta individual que não mais precisa depender de um único tipo de cuidado, que seria o de uma internação psiquiátrica ou de uso contínuo de remédio que inibem qualquer capacidade de processamento subjetivo. Acreditamos que uma das maiores contribuições da psicanálise para este tipo de serviço multidisciplinar é a noção de ambiente suficientemente bom como desenvolvida por Winnicott (1982). O olhar trazido por esse autor nos possibilita oferecer uma terapia familiar que tenha como foco transformar interações familiares para que elas consigam promover um ambiente em que seja possível o desenvolvimento psíquico.

7 FRAGMENTO CLÍNICO 2

Quando a mãe se torna filha

No fragmento atual falaremos de como a psicanálise pode auxiliar a tomada de decisões no âmbito psicossocial, a partir da ideia de que em funcionamentos não neuróticos o que é interno ou externo está misturado, e por isso alguns dos conflitos sentidos pelo indivíduo podem fazer pressão por uma elaboração interna, quando na verdade o auxílio para a sua resolução pode vir pelo lado de fora.

J. é um homem de trinta e cinco anos, bastante pacífico cuja postura perante a vida é marcada por extrema passividade e construção de estereótipos do que deveriam ser atitudes masculinas e femininas, nas quais muitas vezes preferia encaixar-se no polo feminino, por identificar-se com a sensibilidade que este lhe remetia. Seu primeiro surto aconteceu quando sua meia-irmã por parte de pai faleceu em um acidente de carro, quando soube da notícia ele achou que tinha que limpar toda a sujeira da cidade e foi encontrado tarde da noite pelos amigos acumulando bastante lixo por onde passava.

Alguns anos depois houve o segundo surto, que foi o que fez com que ele procurasse o nosso atendimento. Nessa época *J.* estava morando com a namorada e trabalhando como professor. Ele acreditava que tinha o dom de curar ao tocar o corpo de alguém e também via os pais de seus alunos como alienígenas que queriam fazer mal às crianças e cabia a ele protegê-las.

No início da terapia, *J.* se mostrava bastante esforçado, mas a sua capacidade de reflexão e elaboração pareciam empobrecidas, demandando que a terapeuta o auxiliasse a construí-las. Ele tinha acabado de sair da internação psiquiátrica quando começou atendimento pelo GIPSI, e o trabalho terapêutico era marcado por sessões em que o

paciente e a terapeuta buscavam construir juntos, um sentido para os acontecimentos presentes e planejavam estratégias para resoluções de questões práticas.

Com o andamento da terapia, *J.* começou a elaborar sozinho seus pensamentos e a trazer lembranças de vários momentos de sua vida. Pelos elementos evocados em sessão, foi possível começar a compreender quais tipos de conflitos que os seus delírios pareciam buscar solucionar, como sugerido por Freud (1996n) ao dizer que “Os delírios dos pacientes parecem-me ser os equivalentes das construções que erguemos no decurso de um tratamento analítico – tentativas de explicação e de cura, embora seja verdade que estas, sob as condições de uma psicose, não podem fazer mais do que substituir o fragmento de realidade que está sendo rejeitado no passado remoto”(p.286)

O desenvolvimento terapêutico então aos poucos nos mostrava a relação íntima que os delírios traziam de algo que teve que ser rejeitado na atualidade, com algo que foi originalmente reprimido. Inclusive para Freud (1996n), o delírio que o psicótico faz só apresenta eficácia por resgatar fragmentos de experiências perdidas, sendo o seu poder de convencimento atribuído ao elemento de verdade histórica que o paciente insere no que está sendo rejeitado na realidade. Palazzoli e cols. (1998) também partem do entendimento de que o delírio tem um sentido na história do paciente ao colocarem como necessário à terapia familiar a compreensão do “Por que o paciente, no contexto das suas relações, desenvolveu, em dado momento, um certo sintoma, e exatamente aquele sintoma?” (p. 23), e são essas ressonâncias teóricas que fazem com que tanto a psicanálise e a sistêmica consigam dialogar em um trabalho multidisciplinar.

De acordo com *J.*, sua mãe era extremamente invasiva, de personalidade melancólica e autoritária. Até o início de seu tratamento, sempre o apresentava para os outros como sendo seu namorado. Algumas vezes quando ela saía do banho ficava pelada

na sua frente, quando ele já era adulto, e ele virava o rosto e falava para a mãe não fazer mais isso, o que ela respondia que não tinha problema nenhum já que ele já tinha visto tudo. Nesses momentos ele relata que sentia que era tratado como criança, ou seja, que a mãe não levava em conta a sua sexualidade adulta e o seu incômodo em compartilhar aquele tipo de intimidade com a idade que já tinha. Outra característica de sua mãe é o comportamento compulsivo de acumular coisas. Sua casa não tem mais espaço para nada, chegou inclusive a receber a visita da vigilância sanitária, mediante denúncia anônima, porém nada foi feito.

Seu pai, que agora é falecido, de acordo com suas palavras “era um homem extremamente bom, mas talvez um pouco idealizado, já que a única pessoa que gostava dele era eu. Minha mãe e minha irmã só falam mal dele”. O pai se divorciou da mãe quando *J.* era adolescente. Ele se lembra, que tudo o que o pai fazia a mãe desaprovava, e que o irmão do pai contava que ele vinha conversar com ele e chorava dizendo que não aguentava mais permanecer casado. Desde que o pai tomou a decisão de se divorciar, a mãe começou a afirmar que ele era homossexual, e por isso, estava ‘largando a família’, embora o marido nunca tenha se aproximado de nenhuma prática homossexual antes ou depois do divórcio, tendo inclusive constituído outra família.

Quando *J.* tinha por volta de sete anos de idade, sua mãe teve uma doença grave que precisou de atendimento médico constante. Ele se lembra de uma história de infância em que ele fez uma visita a sua mãe no hospital, e nesse dia ele colocou sua mão sobre a parte adoecida do corpo da mãe e então ela se curou. Ele ressalta que essa é a versão que a mãe conta, e que desde esse episódio a mãe passou a falar para todas as pessoas que o seu filho tinha o dom de curar.

Na época em que planejamos um atendimento psicossocial o momento terapêutico que estava sendo vivenciado pelo paciente pode ser descrito como de ganho de autonomia. Ele se distanciava cada vez mais de sua dependência das opiniões de sua mãe e estava conseguindo fazer isso sem sentir-se culpado. A mudança fenomenológica em seu quadro clínico era muito clara, ele estava se permitindo ser.

Foi nessa época que as condições de saúde de sua mãe pioraram, ela informou que não poderia mais vir à terapia familiar devido a fragilidade física em que se encontrava, e até anunciou qual seria o dia de sua morte para os terapeutas, o que lhe dava mais ou menos um mês de vida. Na terapia individual, *J.* não se mostrava muito preocupado com a saúde da mãe em si, ele já comentava que achava sua mãe bastante dramática no que dizia respeito a ela. Mas ele apresentava uma preocupação sobre como a doença da mãe ia consumir a vida dele, já que parecia que ele ia ter que passar a cuidar da mãe quase que vinte quatro horas por dia.

Foi levado para a supervisão a preocupação que os terapeutas do caso tinham sobre o quanto que a doença da mãe parecia ser um fator concreto que puxava novamente o paciente para uma vida em função da mãe, justamente quando este conseguia desvencilhar-se da relação dual mortífera que envolvia os dois. Era notório que o surgimento do Ego estava colocando em xeque o meio no qual ele lutava para emergir, o que nos fez questionar qual era a gravidade do risco de morte da mãe que justificaria para o paciente a sua permanência acorrentado a ela.

Então pedimos para que dois membros do grupo visitassem a residência dela e fizessem um levantamento de como estavam as condições de saúde e higiene em território, para que o grupo pudesse pensar em uma forma de auxiliar *J.* em sua tarefa de cuidar da mãe. Um dos membros era uma estudante de enfermagem e a outra do curso de

terapia ocupacional, elas foram no local, entraram em contato com a unidade de saúde pública mais próxima, inscreveram a mãe de *J.* no programa de saúde condizente com o estado dela e depois fizeram uma lista de coisas que poderiam ser feitas para adaptar a casa às suas atuais necessidades.

As estagiárias passaram várias semanas auxiliando o paciente e sua mãe sobre o que deveria ser feito e como. Depois de algum tempo *J.* a trouxe para a sua casa para que conseguisse cuidar dela melhor e reformar a casa dela. Tirou todo o lixo que tinha, pintou, comprou novos móveis e assim que a casa ficou pronta ele levou a mãe de volta para lá e contratou uma amiga sua para passar meio período tomando conta de sua mãe e fazendo companhia.

O atendimento psicossocial em território substituiu a terapia familiar durante um ano, após isso ocorrido, as terapeutas de família retomaram o caso e observaram em supervisão que a forma do paciente em corresponder à sua mãe se tornou algo que ele deseja fazer, em termo de atos de transformação no mundo, e não mais uma correspondência mágica às fantasias inconscientes dela, ou mesmo faladas em voz alta, já que o inconsciente dela é tão concretamente representado por meio de falas melancólicas e coisas acumuladas e apodrecendo, como até mesmo o próprio corpo dela. Ele deseja cuidar dela, mais do que tentar curar tudo e todos de maneira mágica. E está aberto para aceitar a intolerância dela, não mais tentando modificar a realidade psíquica para torná-la tolerante ao delírio dela.

No cuidado que ele oferece à mãe, na tentativa de construir uma realidade compartilhada com ela, ele percebe a impossibilidade e entende que isso é uma característica de sua mãe e não do mundo inteiro. Isto permite que ele possa tentar construir realidades compartilhadas com outras pessoas, como com os amigos e a

namorada, que ainda são escolhas libidinais narcísicas, mas não mais do narcisismo apassivado da mãe. Há aqui algo como um narcisismo integrador dele, uma identificação dele com a mãe ao modo de um pai com uma filha. Ele disse que nunca tinha pensado em se tornar pai, ainda mais pai da própria mãe, e vê a loucura dela com a tolerância que temos da loucura de uma criança, e ainda disposto a impor limites na voracidade mortífera de uma mãe/filha melancólica. Ele disse que talvez isso tenha liberado nele um desejo de cuidar de outras crianças e se motivou a cursar pedagogia, ainda que em um curso de educação à distância, por conta de seus sintomas fóbicos.

Quanto à sua mãe, a rejeição que ela faz da realidade já era algo crônico e com ganhos secundários fantasmáticos muito arraigados em sua personalidade. Não parece que ela consegue acessar simbolicamente a mudança na postura do filho, já que o filho real é tão inacessível quanto era o filho “em pura realidade psíquica”. Ela faz algumas tentativas delirantes de engajar o filho a ir atrás das coisas/lembranças dela, mas ele, muito amorosa e pacientemente, diz à filha/mãe: - “Mas querida, não dá, vamos comprar outro...” Ela responde: - “Mas não dá para substituir um filho morto, um marido que foi embora ou um livro doado”. E o filho responde: - “Mas livros não são gente. E você está deixando de lado as pessoas em nome das coisas... E mesmo assim eu vou visitar você, enviar meus amigos para visitar você, você vai achar insuficiente e eu vou tolerar isso, porque é assim que você é, e é assim que eu sou”.

Percebemos que o cuidado psicossocial que o grupo pôde dispensar foi decisivo para o tratamento do paciente. Ele conseguiu compreender de maneira profunda que ele não precisava ser o salvador da mãe, que poderia contar com o auxílio de outros serviços de saúde ou de outras pessoas. Durante o tratamento ele teve a oportunidade de ser cuidado pela sua terapeuta individual, que em vários momentos da terapia ocupou o lugar transferencial de mãe do paciente, o que fez com que ele conseguisse corresponder à

figura materna de forma diferente do que pela perspectiva de ter o dever pessoal e intransferível de salvar a mãe.

Após esse percurso terapêutico, os delírios de cura não precisavam mais ecoar algo que havia sido reprimido no passado, ser o responsável pela morte/saúde da mãe, através de algo que precisava ser rejeitado no presente. O fragmento de realidade que o delírio buscou substituir remetia à capacidade de destruir o objeto materno, e isso surgiu como não ser capaz de salvá-lo. A mãe não conseguia proporcionar para o filho um ambiente suficientemente bom, pois a sua relação com ele remetia à sua fragilidade objetual perante o ódio do filho. Nesse sentido, a intervenção psicossocial proporcionou uma nova vivência na realidade que o permitiu não ser o responsável pela morte da mãe, como acreditava ser durante toda a sua vida.

O sucesso da intervenção das terapeutas que foram em território, amparadas pela hipótese psicanalítica sobre o papel da mãe na realidade interna do paciente, foram sentidos na terapia individual. Essa forma de intervenção nos leva a pensar que os ganhos terapêuticos que podem ser obtidos pela integração de ações psicossociais e elaborações psicanalíticas são imensos. Um serviço que utiliza a multidisciplinaridade para pensar suas ações na área da saúde pode ser amplamente beneficiado pelo diálogo que a psicanálise consegue ter com os demais profissionais. Como lembrado por Ogden (2010), o compromisso do psicanalista é com o bem estar do paciente e não com a psicanálise, e esse compromisso deve ser o que há em comum com todos os profissionais de saúde, de forma a convergir os diversos saberes para esse objetivo.

8 CONTRIBUIÇÕES PARA A TERAPIA INDIVIDUAL

A prática é antes de tudo submissão ao quadro transferencial que o paciente impõe, é por isso que ela supõe a análise do analista, porque só a análise do analista lhe permitiria a dessubjetivação necessária para aceitar esta submissão.

(Contardo Calligaris, 2013-1989, p. 01)

Após passarmos pelas contribuições que psicanálise pode oferecer para os questionamentos sobre saúde mental, para a compreensão da teoria sistêmica, para a terapia familiar e para a tomada de ações psicossociais, falaremos sobre o solo no qual a psicanálise foi criada e onde ocorrem seus maiores avanços, a clínica individual.

O desenvolvimento da clínica psicanalítica com pacientes psicóticos, esquizoides, borderline, limites, não neuróticos, entre outros termos que diferentes teóricos utilizaram, é imenso e o conhecimento trazido por cada autor terá um lugar distinto, dependendo do caso clínico que estará sendo estudado. Portanto, falaremos de como a psicanálise pode auxiliar no pensamento clínico independente da natureza da patologia. Para isso, a proposta de análise do funcionamento mental a partir de eixos organizadores da patologia, e o conceito de enquadre interno do analista como propiciador da clínica psicanalítica da forma que são desenvolvidos por Green (2008), serão apresentados.

Após a morte de Freud, ficou bastante difundido no meio psicanalítico a ideia de pensar o psiquismo a partir de estruturas distintas (Green, 2010) que seriam determinadas dependendo de como foi vivido o complexo de castração, onde podemos dizer de forma superficial, que essa problemática foi reprimida (*Verdrängung*) na neurose, rejeitada (*Verleugnung*) na perversão e negada (*Verwerfung*) na psicose. Vimos acima, que Freud antes de filiar-se à estática estrutural, preferia acreditar na interação dessas estruturas que

ele acreditava relacionarem-se por um fio lógico como estruturas de sentido, ou grupos principais inerentes ao universo psíquico. De forma que a psicanálise nunca tenha se comprometido com uma nosografia definida, e os seus quadros clínicos nunca tenham sido entendidos como presenças concretas constatáveis de complexos e organizações psicopatológicas (Delouya, 2010).

Partimos da ideia de pensar a patologia fora de uma questão estrutural, impulsionados primeiramente, pela reflexão do que acreditamos que a psicanálise pretende oferecer enquanto forma de cuidado; e depois, como uma questão técnica, a qual acreditamos que ideias fixadas *à priori* sobre o sujeito que se dispõe a ser nosso paciente, prejudica a capacidade do analista de se deixar surpreender e com isso, limita o que pode ser criado no espaço analítico. Para falar sobre qual acreditamos ser o papel da psicanálise, citaremos um trecho escrito por Ogden (2010) no qual é possível ver a forte influência dos pensamentos de Bion:

Uma pessoa consulta um psicanalista porque está sofrendo emocionalmente; sem saber, é incapaz de sonhar (isto é, incapaz de elaboração psicológica inconsciente) ou fica tão perturbada com o que está sonhando que seu sonho é interrompido. À medida que é incapaz de sonhar sua experiência emocional, o indivíduo é incapaz de mudar, ou de crescer, ou de tornar-se diferente de quem ele tem sido. (...) Durante sua participação no sonhar os sonhos não sonhados e interrompidos do paciente, o analista vem a conhecê-lo de um modo e em uma profundidade que podem lhe permitir dizer algo ao paciente que seja verdadeiro para a experiência emocional consciente e inconsciente que está ocorrendo no relacionamento analítico em um dado momento. O que o analista diz deve ser utilizável pelo paciente para propósitos de elaboração psicológica consciente e inconsciente, ou seja, para sonhar sua própria experiência, deste modo sonhando-se existir mais plenamente (p. 18).

Citamos o trecho acima por vermos nessa definição como exercer uma psicanálise que se pretende ampla em sua forma de pensar o ser humano, ligada ao sofrimento de cada um por levar em consideração a própria qualidade da existência. Delouya (2010) propõe pensar a patologia como

atributo da impossibilidade, por mais passageira que seja, de exercer ou possuir algo que é fundamental para o viver humano (...) O afeto oriundo do ambiente humano de origem, e sempre dirigido a um outro, ou gerado em relação a ele, abriga em seu bojo uma peculiar disposição para o semelhante – uma forma *empática* de aproximá-lo – que tem no *sofrimento* um pressuposto e um ingrediente fundamental (p. 16).

O caminho da psicanálise pós-freudiana, levou diversos autores como Klein, Bion, Winnicott, entre outros, a considerar tratar patologias não neuróticas e com isso ampliar o leque de compreensão à parte psicótica de cada um. Hoje em dia observamos o esforço de analistas contemporâneos em apreender a experiência psíquica por uma teoria que integre todos os aspectos da mente ao invés de buscar alocar certos modos de funcionamento em termos do que seria característico de alguma estrutura. Klein (1996-1935) influenciou bastante esse pensamento ao falar de posições depressiva e esquizo-paranóide, desde então pode-se pensar o indivíduo a partir da posição em que ele se encontra e na oscilação entre elas.

A proposta de Green (2010) ao tecer elaborações metapsicológicas sobre o psiquismo, busca destacar o significado e as articulações das organizações que auxiliam o pensamento sobre a subjetividade do paciente. Influenciado pela segunda tópica freudiana e pela teoria pulsional, mas indo além, o autor propõe pensar a partir de cinco eixos organizadores da patologia que seriam: a sexualidade, o Ego, o Superego, as

desorganizações provocadas pela destruição dirigida ao exterior e a destruição interna nas formas iniciais do narcisismo negativo e do masoquismo primário.

A ideia principal é compreender o funcionamento psíquico a partir de eixos que abarcam instâncias e funcionamentos inerentes a todos os seres humanos, saindo da forma de pensar em cima de um sintoma ou de uma estrutura, mas concordando com a ideia de que as especificidades sobre cada um desses eixos só podem ser descobertas através da relação terapêutica. Foi nessa direção que Green (1977) em trabalho anterior, já havia proposto subordinar as classificações psicopatológicas à consideração do que é analisável, ou seja, não seria mais a natureza do psiquismo do paciente que seria o determinante para a condição de tratamento, mas as limitações oriundas do próprio enquadre analítico germinariam as possibilidades de tratamento.

Tamanha mudança sobre os limites da analisabilidade é acompanhada pela concepção do enquadre analítico como epistemológico e técnico (Green, 1988d), já que este se define como condição necessária para a constituição do objeto analítico, de seu recorte teórico e de sua transformação prática, que tem o sonho como modelo implícito do que deve ser o enquadre, pois este deve permitir ao analista sonhar junto ao paciente.

Como nova fronteira do tratamento, o enquadre analítico sofreu mudanças concretas em relação à forma clássica da análise impulsionadas pela presença de pacientes que não conseguiam assimilar os elementos da análise tais como, duração das sessões, posição no divã, posição do analista, fim da sessão, associação livre, entre outros, de forma a permitir o prosseguimento da sessão. Green (1988d) ao falar de pacientes limites, chama atenção para a característica desses pacientes em não conseguirem usar o enquadre como ambiente facilitador, e também de insurgir no analista o sentimento de que existe

uma força atuando contra o enquadre gerando uma tensão interna que o faz agir de forma a preservá-lo de alguma ameaça.

Ainda para Green (1988d), a parte do enquadre deixada intacta pelo desuso do paciente deve ser analisada, deslocando o pensamento clínico da análise do conteúdo para a análise do continente, sendo de forma equivalente, porém em níveis distintos, a noção de *holding* em Winnicott que se refere ao cuidado com o objeto externo e a noção de *containing* de Bion que se remete à realidade psíquica interna, em ambas o analista faz uso da análise do enquadre como forma de psicanalisar.

Em trabalho posterior, Green (2008) veio a distinguir duas partes do que ele considera enquadre analítico, sendo a primeira chamada de *matriz ativa*, por ser composta pela associação livre, pela atenção e escuta flutuante e a postura benevolente do analista. A segunda, chamada de *estojo*, abarcaria a periodicidade e a duração das sessões, a forma de pagamento, entre outros. Para o autor, a psicanálise clássica e as psicoterapias de orientação psicanalítica partilham de muitos traços da matriz ativa, porém sua grande diferença se daria no estojo que as contém. No serviço que trabalhamos, podemos dizer que o estojo de nossa prática está limitado às condições de trabalho que a clínica escola da universidade oferece, à dificuldade de locomoção que os pacientes de baixa renda possuem e também à impossibilidade de comparecer para as sessões mais do que duas vezes na semana, já que o paciente precisa vir uma vez para a terapia individual e uma vez para a familiar, que não podem ocorrer no mesmo dia.

Green (2008) ainda vê o enquadre como um excelente instrumento de diagnóstico diferencial para decidir se o melhor para o paciente é o enquadre psicanalítico clássico ou o psicoterápico, pois este permite avaliar a capacidade de analisabilidade do paciente, que esse autor traz como sendo a aptidão de estar só na presença do analista e a partir dessa

solidão artificial conseguir alcançar o estado mental próximo ao do sonho. Quando o paciente possui esta capacidade, o enquadre clássico seria o mais indicado; quando não, a melhor opção é o enquadre psicoterápico no qual o paciente não usa o divã e o analista, por estar de frente para o seu paciente deixa suas emoções à disposição deste.

Acreditamos que a clínica do GIPSI pode ser beneficiada pela psicoterapia de orientação psicanalítica justamente por nossa clientela ter a característica de não conseguir utilizar o enquadre como ambiente facilitador, o que culmina em sua incapacidade de estar só diante do analista para alcançar um estado onírico. Casos marcados pela frequência da compulsão à repetição, tendência à atuação, carências elaborativas marcadas por frustrações excessivas, estrutura masoquista do Ego, importância das posições destrutivas, profundidade e tenacidade das regressões, indiferença em relação à própria vida psíquica entre outros (Green, 2008)

A disposição do analista para ocupar figuras da intersubjetividade implicadas e reservadas (Figueiredo, 2007) independe de seus conhecimentos metapsicológicos, assim como a sua disposição para sonhar os sonhos do paciente (Ogden, 2010), porém para que possa ser promovida uma psicoterapia psicanalítica no contexto do GIPSI é necessário que o terapeuta por não ter o enquadre psicanalítico à sua disposição, passe a se referir ao seu enquadre interno, aquele que foi introjetado no decorrer de sua análise pessoal (Green, 2008), o qual mesmo estando fora de um contexto psicanalítico continua presente no espírito do terapeuta como metáfora do modelo de sonho, de proibição do incesto e do parricídio e de cuidados maternos, como norteadores dos limites e das variações necessárias na prática clínica.

A noção do enquadre interno dá mobilidade para que o psicanalista consiga atuar em intervenções psicossociais, familiares e discutir em grupos multidisciplinares. No

GIPSI, podemos pensar que esta noção auxilia-nos também a definir quando o paciente deve ter alta. Como o critério de alta no GIPSI não remete às questões sintomatológicas, é necessário que os indivíduos que fazem parte do grupo estejam sensíveis às nuances psíquicas dos pacientes.

A alta no GIPSI refere-se à avaliação que os terapeutas fazem de interações que já foram mobilizadas o suficiente na terapia familiar e que agora permitem à família ser um ambiente suficientemente bom. Em conjunto com o isto, avalia-se a relação do paciente com seus sintomas e se houve ganhos psíquicos o suficiente para que ele não seja mais solapado por sua dinâmica familiar. Pensamos que é momento para alta no GIPSI mesmo quando ainda existem, conflitos, inibições, questões relacionadas ao narcisismo e às funções psíquicas, ou seja, bastante material para ser trabalhado. Pois o nosso cuidado remete também ao cuidado dispensado para a família, e quando concluímos que o sujeito não está mais em crise, isso quer dizer que ele já é capaz de uma certa autonomia, então sugerimos que ele continue a sua terapia individual com alguém de sua preferência pois nosso trabalho termina ali.

Toda a complexidade do serviço que montamos é justificada para situações de crises do tipo psicótico, saindo dessa condição crítica, que pode ser avaliada como a perda da necessidade de trabalhar o meio familiar para conseguir trabalhar o indivíduo, o tratamento oferecido pelas diversas modalidades de terapia individual nos parece ser o suficiente. E devido à complexidade que é avaliar este momento, penso que o que psicanalista carrega dentro de si, oriundo de sua análise pessoal e suas incursões pelo trabalho psicanalítico permitem a ele um arcabouço de experiências diferenciado para auxiliar na avaliação dessas questões.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Eu estava num pesadelo e caí no passado indefinido.

Aqui tudo é escuridão.

Ninguém quer viver no pesadelo

Eu também quero viver no sonho.

Paciente do GIPSI, 2010

A escrita deste trabalho me permitiu clarear alguns pontos sobre a clínica que compartilho e ampliar outros. Escrevê-lo foi conseguir dar sentido às diversas experiências e construir opiniões acerca da inserção da psicanálise em saúde mental fundamentadas pelo trabalho clínico. Primeiramente, no que diz respeito aos embates em relação à nosografia e semiologia da psiquiatria tradicional que os movimentos antipsiquiátrico e antimanicomial se ocupam em elaborar diversas críticas.

Acredito que nesse ponto a psicanálise já superou essas discussões desde o momento de sua criação, por ter desde o princípio, como fundamento clínico, um olhar sobre o ser humano e ao funcionamento psíquico patológico que não se remete nem à noção de doença e nem a noção de cura. O pensamento psicanalítico parte da noção de quadro clínico e não de diagnóstico, em conjunto com uma lógica complexa e não linear sobre a subjetividade. A psicanálise não faz uso e nem tem necessidade de utilizar o olhar sintomatológico amparado por classificações da psiquiatria, pois possui em seu saber elementos que a possibilitam pensar e oferecer cuidado ao paciente fora desses padrões.

Outro ponto envolve compreender o fio que alinhava a prática de diversos profissionais em um serviço multidisciplinar, esse fio para mim pode ser elaborado a partir da ética do cuidado. Uma ética fundada na prática clínica, com referenciais psicanalíticos mas que consegue abrir-se para qualquer profissional da área da saúde.

Penso que essa ética possui o que é necessário para um serviço como o GIPSI e para qualquer outro serviço da área, por ver no cuidado o que há de mais essencial na prática clínica.

A argumentação teórica amparada pelos fragmentos clínicos trazidos nesse trabalho sustentam a ideia de que a psicanálise com suas contribuições acerca da ética que norteia as ações terapêuticas pela ênfase no cuidado, do olhar sobre a subjetividade que conseguem ir além das questões patológicas, mas que se dispõem a investigar a natureza humana; do pensamento psicanalítico como complementar para a clínica familiar e a intervenção psicossocial; colocam à disposição do terapeuta uma forma de pensar e agir ampla em suas possibilidades que a faz ser extremamente rica para a reflexão sobre a clínica em várias dimensões, assim como permite a sua interlocução com diversos saberes.

A vastidão da psicanálise consegue oferecer ao terapeuta um arrazoado ético e prático coerente e consistente, que sustenta a clínica em sua forma clássica e em sua forma ampliada. A percepção do enquadre psicanalítico introjetado como possibilitador da prática da psicanálise exprime a capacidade do analista de não precisar abrir mão das experiências de sua análise pessoal para atuar em um serviço que não é necessariamente psicanalítico, mas de autorizá-lo a fazer uso delas justamente por estarem ancoradas em algo maior que a vivência individual, mas em toda uma disposição de ver o ser humano pelas potencialidades internas a serem construídas que a dupla paciente e analista possibilita.

As reflexões trazidas ao longo deste trabalho nos fazem considerar que as maiores contribuições da psicanálise para um contexto multidisciplinar não são no âmbito da terapia individual, como se poderia imaginar dado que o maior avanço da psicanálise é

na clínica individual, mas no seu olhar ético compartilhado com outros saberes e portanto norteador de ações.

Dessa maneira, escolheu-se ter como objeto de pesquisa para estudo de caso o próprio GIPSI como vivenciado pela experiência da pesquisadora, a partir dessa escolha, analisamos as diversas inserções que a psicanálise tem no trabalho do grupo passando por sua contribuição para a prática e diálogo na saúde mental, no que concerne à ética do cuidado como norteadora de ações terapêuticas, as contribuições do olhar psicanalítico na terapia familiar e em ações psicossociais e por último, trouxemos a discussão sobre a possibilidade da psicanálise conseguir se movimentar em tantos lugares distintos se dar pela noção de enquadre interno do analista.

Trabalho anterior realizado no grupo (Sousa, 2010) se ocupou da ideia de que é possível utilizar a psicanálise de forma inter e multidisciplinar em contextos de saúde mental, sendo os diferentes nomes dados ao trabalho psicanalítico em instituições uma indicação das significativas diferenças teóricas e práticas do analista e do meio em que atua. Este trabalho compartilha da opinião que é possível fazer uso da psicanálise em um grupo multidisciplinar que trabalha nas primeiras crises do tipo psicótico e também na prevenção da crise.

Em nosso caso, partimos da especificidade das crises do tipo psicótico atendida por um tratamento que coloca como essencial o indivíduo, sua relação com a família e com o mundo. Neste contexto em que prática é partilhada por vários profissionais de diferentes formações, acreditamos que a introjeção do setting psicanalítico permite o diálogo a partir da ética da psicanálise, cujo um dos pilares é o desenvolvimento da autonomia do indivíduo. Ou seja, uma psicoterapia de orientação psicanalítica pode ser

praticada e também o olhar psicanalítico é levado em consideração para se pensar as ações terapêuticas individuais, familiares e psicossociais.

O desafio da nossa prática multidisciplinar sempre foi o diálogo, e à medida em que a psicanálise se desenvolve mais em pensar a sua forma de ver as psicopatologias, em clarear as fronteiras que a diferencia das demais formas de tratar o psiquismo, de estabelecer um cuidado perante o outro, esse diálogo torna-se cada vez mais possível de existir. A psicanálise se amplia à medida em que as pessoas que se prontificam a praticá-la desejam ampliar o seu nicho de ação, o seu papel como uma das formas de pensar a saúde mental na sociedade. Não é mais somente uma questão de acreditar nos quatro pilares da psicanálise (Freud,1996h) e oferecer o seu saber apenas em consultório particular, mas ir além e cuidar para que o paciente tenha acesso a um serviço de saúde mental que acredite que ele possa sair de uma condição crítica e retomar a sua vida com qualidade de existência, ao invés de definhando em instituições asilares ou em práticas médicas condenatórias ao uso eterno de medicação.

Tendo em vista o território clínico em comum que a psicanálise compartilha com a psiquiatria e as psicologias, acerca do que está sendo tratado ou cuidado, pensamos que a intervenção que nos propomos praticar promove a diminuição de quadros psiquiátricos conhecidos como esquizofrenia. Se a esquizofrenia advém de funcionamentos que a psicanálise entende como limítrofes, não sabemos responder, mas acreditamos que o cuidado oferecido previne que esses tipos de funcionamento cheguem a um colapso denominado crise psicótica, deflagrador de uma série de ações engendradas na intensidade emotiva da crise, muitas vezes mais empenhadas em abafar, esconder ou eliminar qualquer sinal da loucura pessoal, denunciadora do que há de obscuro em cada um de nós, do que realmente permitir a elaboração das experiências humanas.

Conseguir dialogar e trabalhar com outras áreas é fazer parte da mudança social que permite incluir mais pessoas do lado da saúde ao invés de condená-las ao lado da doença mental.

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andolfi, M., & Angelo, C. (1989). Tempo e mito em terapia familiar. Porto Alegre: Artes Médicas.
- American Psychiatric Association. (2000). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: texto revisado (DSM-IV-TR)*. Porto Alegre: Artmed.
- Anzieu, D. (1982). *Le contre-transfert paradoxal*. Paris: Génitif.
- Basaglia, F. (1979). *A psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática: conferências no Brasil*. Brasil Debates.
- Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J., & Weakland, J. (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral science*, 1(4), 251-264.
- Bokanowski, T. (2012) Os fantasmas. In: org. F. Marty, *Os grandes conceitos da psicologia clínica* (pp.105-124). São Paulo: Edições Loyola.
- Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical practice*. New York: Jason Aranson.
- Brasil. (2001). Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001: Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*.
- Calligaris, C. (2013) *Introdução a uma clínica diferencial das psicoses*. 2ª edição. São Paulo: Zagodoni. (Trabalho original publicado em 1989)
- Carroll, L. (1997) *Algumas aventuras de Sílvia e Bruno* São Paulo: Iluminuras.
- Carter, B. e McGoldrick, M. (1995). *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Celes, L. A. M. e Garcia, C.A. (2011). Limites da interpretação. In C. A. Garcia e M. R. Cardoso (Eds.). *Limites da clínica, e clínica dos limites* (pp. 117-135). Rio de Janeiro: Cia de Freud.
- Chagnon, J.Y. (2009) Os estados-limite nos trabalhos psicanalíticos franceses. *Psicol. USP*, São Paulo, v. 20, n. 2, jun.

- Costa, I. I. (2001). Mal-estar, subjetividade e psicose: reflexões a partir do sistema familiar. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 1(1), 124-137.
- _____. (2003). *Da Fala ao Sofrimento Psíquico Grave: Ensaio acerca da Linguagem Ordinária e a Clínica Familiar da Esquizofrenia*. Brasília: ABRAFIPP.
- _____. (2008). Família e psicose: reflexões psicanalíticas e sistêmicas acerca das crises psíquicas graves. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 8(1), 0-0.
- _____. (2010). *Manual de Orientação GIPSI – Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do tipo psicótico*. Brasília: Kako Editora.
- _____. (2013) *Intervenção Precoce e Crise Psíquica Grave - Fenomenologia do Sofrimento Psíquico*. Porto Alegre. Juruá Editora.
- Delouya, D. (2001). A depressão na economia dos processos de diferenciação e integração psíquica. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 4(1), 51-75.
- _____. (2003). A bissexualidade no eixo da escuta psicanalítica: considerações teóricas acerca da clínica. *Ágora*, 6(2), 205-214.
- _____. (2007). Entre representação e experiência emocional: contribuição para um diálogo. *Jornal de Psicanálise*, 40(72), 193-213.
- Féres-Carneiro, T. (1997) Entrevista familiar estruturada-EFE: um método de avaliação das relações familiares. *Temas em Psicologia*, 5(3), 63-94.
- Figueiredo, L. C. (2008). Transferência, contratransferência e outras coisinhas mais. *Elementos para a clínica contemporânea*. São Paulo: Escuta, 127-158.
- _____. (2007). A metapsicologia do cuidado. *Psychê*, 11(21), 13-30.
- _____. (2012) A psicanálise e a clínica contemporânea: uma introdução. *As diversas faces do cuidar*. São Paulo: Escuta, 13-22.
- Foucault, M. (1982). *A hermenêutica do sujeito*. São Paulo: Martinsfontes.
- Freud, S. (1996a). A psicoterapia da histeria. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, (vol. II). Tradução de José Octávio de Aguiar Abreu. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho originalmente publicado em 1895)
- _____. (1996b). A interpretação Freud dos sonhos. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, (vols. IV e V). Tradução de José

Octávio de Aguiar Abreu. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho originalmente publicado em 1900)

_____. (1996c). Fragmento da análise de um caso de histeria. In *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, (vol.VII) Tradução de José Octávio de Aguiar Abreu. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho originalmente publicado em 1905)

_____. (1996d) Sobre o narcisismo uma introdução. In *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, (vol. XIV) Tradução de José Octávio de Aguiar Abreu. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho originalmente publicado em 1914)

_____. (1996e) Artigos sobre a metapsicologia In *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, (vol. XIV) Tradução de José Octávio de Aguiar Abreu. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho originalmente publicado em 1915)

_____. (1996f). Uma criança é espancada: uma contribuição ao estudo da origem das perversões sexuais. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, (vol. XVII). Tradução de José Octávio de Aguiar Abreu. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho originalmente publicado em 1919)

_____. (1996g). Além do princípio do prazer In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, (vol. XVIII). Tradução de José Octávio de Aguiar Abreu. Rio e Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1920).

_____. (1996h) Dois verbetes de enciclopédia In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, (vol. XVIII). Tradução de José Octávio de Aguiar Abreu. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho originalmente publicado em 1922)

_____. (1996i) O ego e o Id In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, (vol. XXIII) Tradução de José Octávio de Aguiar Abreu. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho originalmente publicado em 1923)

_____. (1996j). A dissolução do complexo de Édipo. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, (vol. XIX). Tradução de José Octávio de Aguiar Abreu. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho originalmente publicado em 1924)

- _____. (1996k). A perda da realidade na neurose e na psicose. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, (vol. XIX). Tradução de José Octávio de Aguiar Abreu. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho originalmente publicado em 1924)
- _____. (1996l). Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, (vol. XIX). Tradução de José Octávio de Aguiar Abreu. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho originalmente publicado em 1925)
- _____. (1996m) Conferência XXXI – A dissecação da personalidade psíquica In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, (vol. XXII). Tradução de José Octávio de Aguiar Abreu. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho originalmente publicado em 1932)
- _____. (1996n). Construções em análise. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, (vol. XXIII). Tradução de José Octávio de Aguiar Abreu. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho originalmente publicado em 1937)
- Edwards, J., & McGorry, P. D. (2002). *Implementing early intervention in psychosis: A guide to establishing psychosis services*. Taylor & Francis.
- Eiguer, A. (1985). *Um divã para a família*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Garcia, C. A. (2007). Os estados limite e o trabalho do negativo: uma contribuição de A. Green para a clínica contemporânea. *Rev. Mal-Estar Subj.*, 7(1), pp. 123-135
- Gottesman, I. I. & Shields, J. (1982). *Schizophrenia: The Epigenetic Puzzle*. Cambridge: Cambridge
- Green, A. (1988a). A mãe morta. In A. Green, *Narcisismo de vida, narcisismo de morte* (pp. 239-274). São Paulo: Editora Escuta.
- _____. (1988b). Pulsão de morte, narcisismo negativo, função desobjetalizante. In A. Green, *A pulsão de morte* (pp. 57-68). São Paulo: Editora Escuta.
- _____. (1988c). O conceito de fronteiroço. In A. Green, *Sobre a loucura pessoal*, 66-89. Rio de Janeiro: Imago (Trabalho publicado originalmente em 1977)

- _____. (1988d). O analista, a simbolização e a ausência no contexto analítico. In: A. Green, *Sobre a loucura pessoal*, (pp.36-65). Rio de Janeiro. Editora Imago. (Trabalho publicado originalmente em 1975)
- _____. (2008). *Orientações para uma psicanálise contemporânea*. Rio de Janeiro: Editora Imago.
- Gonçalves-Pereira, M., Xavier, M., Neves, A., Barahona-Correa, B., & Fadden, G. (2006). Intervenções familiares na esquizofrenia. Dos aspectos teóricos à situação em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 19(1), 1-8.
- Klein, M. (1935). Uma contribuição para a psicogênese dos estados maníaco-depressivos. In: *Amor, culpa e reparação e outros trabalhos, 1921-1945*. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- Khan, M. (1977). Aspectos clínicos da personalidade esquizóide: Afetos e técnica. In Khan, M. M. *Psicanálise, técnica e casos clínicos*. Rio de Janeiro: F. Alves. (Trabalho publicado originalmente em 1960)
- _____. (1977). Para uma epistemologia do processo de cura. In Khan, M. M. *Psicanálise: teoria técnica e casos clínicos*. Rio de Janeiro. F. Alves (Trabalho publicado originalmente em 1970)
- Kristeva, J. (2000). *Sentido e contra-senso da revolta: poderes e limites da psicanálise*. Rio de Janeiro: Rocco
- _____. (2002). *As novas doenças da alma*. Rio de Janeiro: Rocco.
- Lacan, J. (1999). O seminário. *Livro 5. As formações do inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1957-1958)
- Marty, F. (2012). O complexo de Édipo ou a questão das origens. In: org. F. Marty, *Os grandes conceitos da psicologia clínica*. (pp.185-201). São Paulo: Edições Loyola.
- Medeiros, M. (2011). 220 In: M. Medeiros. *Poesia reunida*. Porto Alegre: L&PM
- Minuchin, S. (1990). Terapia estrutural da família (JA Cunha, Trad.). In: S. Minuchin, *Famílias: funcionamento e tratamento*. (pp.11-24). Porto Alegre: Artes médicas.
- Minuchin, S., Nichols, M. P., & Lee, W. Y. (2009). *Famílias e casais: do sintoma ao sistema*. Porto Alegre: Artmed.

- Ogden, T. (2009). Rediscovering psychoanalysis. Thinking and dreaming, learning and forgetting. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 43(2), 199-201.
- _____. (2010). *Esta arte da psicanálise: sonhando sonhos não sonhados e gritos interrompidos*. Porto Alegre: Artmed.
- Palazzoli, M. S., Cirillo, S., Selvini, M. & Sorrentino, A. M. (1998). *Os jogos psicóticos na família*. São Paulo: Summons.
- Racamier, P. C. (1978). *Les paradoxes des schizophrènes*. Presses universitaires de France.
- Roussillon, R. (2006). *Paradoxos e situações limites da psicanálise*. Porto Alegre: Unisinos. (Trabalho original publicado em 1991).
- Rolland, J.S.(1995) Doença crônica e o ciclo de vida familiar. In: Carter, B.; Mcgoldrick, M. (Orgs.). *As mudanças no ciclo de vida familiar*. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas. p.373-92.
- Searles, H. F. (1959). The effort to drive the other person crazy. An element in the aetiology and psychotherapy of schizophrenia. *British Journal of Medical Psychology*, 32(1), 1-18.
- Seganfredo, M. (2007) *A fantasia na clínica psicanalítica: travessia e mais além*. Tese de doutorado em Psicologia Clínica e Cultura, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília.
- Silva, H. C. S. R. (2013) *Psicose e Crises Psíquicas Graves: uma investigação pelo método de Rorschach*. Dissertação de mestrado em Psicologia Clínica e Cultura, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília.
- Sousa, P. S. de M. (2010). *A inserção da psicanálise na saúde mental da reforma psiquiátrica brasileira: possibilidades e desafios*. Dissertação de mestrado em Psicologia Clínica e Cultura, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília.
- Szasz, T. (1979). *O mito da doença mental*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Tenório, F. (2002). A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 9(1), 25-59

- Tolstói, L. (2005). *Ana Kariênina*. Trad.: Rubens Figueiredo. São Paulo: Cosac Naify.
(Trabalho publicado pela primeira vez em 1873)
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., & Jackson, D. D. (1967). *Pragmática da comunicação humana*. São Paulo: Editorial.
- Winnicott, D. W. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago.
- _____. (1982). *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- _____. (1990). *Natureza humana*. Rio de Janeiro: Imago.
- Woolf, V. (1981). *Entre os atos*. Trad. Lya Luft. Rio de Janeiro: Nova fronteira.