

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

JÚLIA ROBERTA DE OLIVEIRA CARVALHO CAETANO

**ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO: OPERADORES PSICANALÍTICOS PARA
UMA CLÍNICA EM MOVIMENTO**

Belo Horizonte
2018

JÚLIA ROBERTA DE OLIVEIRA CARVALHO CAETANO

**ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO: OPERADORES PSICANALÍTICOS PARA
UMA CLÍNICA EM MOVIMENTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração:
Estudos Psicanalíticos

Linha de pesquisa:
Conceitos Fundamentais em Psicanálise e Investigações no Campo Clínico e Cultural

Orientador:
Prof. Dr. Antônio Márcio Ribeiro Teixeira

Belo Horizonte
2018

150 Caetano, Júlia Roberta de Oliveira Carvalho
C128a Acompanhamento terapêutico: [manuscrito] : operadores
2018 psicanalíticos para uma clínica em movimento / Júlia
Roberta de Oliveira Carvalho Caetano. - 2018.
82 f. : il.
Orientador: Antônio Márcio Ribeiro Teixeira.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas
Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.
Inclui bibliografia

1. Psicologia - Teses. 2. Psicanálise - Teses.
3. Acompanhamento terapêutico - Teses. 4. Psicoses - Teses.
I. Teixeira, Antônio Márcio Ribeiro. II. Universidade Federal
de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências
Humanas. III. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



FOLHA DE APROVAÇÃO

Acompanhamento Terapêutico: operadores psicanalíticos para uma clínica em movimento

JÚLIA ROBERTA DE OLIVEIRA CARVALHO CAETANO

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PSICOLOGIA, como requisito para obtenção do grau de Mestre em PSICOLOGIA, área de concentração ESTUDOS PSICANALÍTICOS, linha de pesquisa Conceitos Fund. Psicanálise Invest. Campo Clínico e Cultural.

Aprovada em 28 de fevereiro de 2018, pela banca constituída pelos membros:

Antônio Teixeira
Lúcia Grossi dos Santos Lúcia Grossi dos Santos
Andréia Maria Campos Guerra Andréia Maria Campos Guerra
Belo Horizonte, 28 de fevereiro de 2018.

Aos pacientes que acompanhei, por vivenciarem comigo uma prática que ainda era desconhecida por nós, na qual aprendemos pelas andanças e através da escuta. A todos estes que precisam ser escutados, em liberdade.

AGRADECIMENTOS

Ao prof. Antônio Teixeira, por sua acolhida e aposta desde o projeto e pela orientação precisa, refinada e que me colocou a trabalho cada vez mais.

Aos professores Gilson Iannini e Cleyton Andrade, pelas contribuições valiosas na banca de qualificação.

À prof^ª. Andrea Guerra, que também contribuiu enormemente na banca de qualificação e aceitou o convite para a banca examinadora. Agradeço ainda pela acolhida desde o início de meu percurso no mestrado, pela inspiração desde a graduação e pelo carinho e cuidado.

À prof^ª. Lúcia Grossi, por aceitar o convite para compor a banca examinadora.

Aos professores, pelo conhecimento transmitido e compartilhado.

Ao *Aleph* do mestrado: Raiza, Patrícia, Lucas, Júnia e Thaís, por me acompanharem desde o início nesta caminhada rumo ao desconhecido. Obrigada pela amizade, pelo suporte nos momentos de angústia, pelas alegrias vivenciadas e pelos cafezinhos e almoços compartilhados.

Aos colegas de mestrado, por tornarem o caminho mais leve. Agradeço à Isa, por compartilharmos histórias, viagens e aprendizados, e à Michelle, por me acolher nas dúvidas sem fim e por apostar em meu trabalho.

Aos lugares por onde passei na Saúde Mental em Itaúna (MG), em especial ao PAI-PJ e à amiga Cristiane pela possibilidade de conhecer o AT e dar início a esta prática.

Aos amigos e sempre professores: Rogéria, por me acompanhar desde o início da graduação e do mestrado, por sempre apostar em mim; Gesianni, pelas ideias e aprendizados trocados entre aulas e caronas; e Roberto, pela interlocução com a escrita.

Ao Fuad, parceiro no amor, por me acompanhar em todos os momentos, pela escuta carinhosa daquilo que me escapava à voz e por me encorajar a buscar sempre mais.

Aos meus pais e ao meu irmão, por sempre acreditarem em mim, pelo amor e presença constantes em minha vida.

À Fabiana e Daniel, que prontamente me acolheram em seu lar. Com muita gentileza e carinho, me fizeram sentir em casa.

À minha família e meus amigos, pelo amor, pelo carinho e por torcerem junto.

Ao Urik, pelo cuidado em revisar o trabalho, e por aceitar participar desta empreitada.

À Cyntia e à Cezimara, pela escuta.

A todos vocês, minha gratidão.

Disquisição na Insônia

*Que é loucura: ser cavaleiro andante
ou segui-lo como escudeiro?
De nós dois, quem o louco verdadeiro?
O que, acordado, sonha doidamente?
O que, mesmo vendado,
vê o real e segue o sonho
de um doido pelas bruxas embruxado?
Eis-me, talvez, o único maluco,
e me sabendo tal, sem grão de siso,
sou — que doideira — um louco de juízo.*

Carlos Drummond de Andrade

RESUMO

Caetano, J. R. O. C. (2018). Acompanhamento Terapêutico: operadores psicanalíticos para uma clínica em movimento. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

O presente estudo tem como objetivo analisar quais operadores clínicos o Acompanhamento Terapêutico poderá dispor para a sua prática diante da psicose, visto que se trata de uma prática permeada pela contingência e pela clínica a céu aberto. O encontro com a psicanálise é norteador para nossa pesquisa, pois será a partir deste referencial teórico e prático que poderemos circunscrever nosso objeto de estudo e o nosso problema de pesquisa. Para empreender neste estudo, é necessário perpassar pela história da loucura, compreender quais posições foram ocupadas pelo louco na sociedade, que passa pelo enigma e pelo enclausuramento. O papel do discurso científico é marcante, ao imprimir o discurso segregacionista de que o louco nada tem a dizer. Apenas com a Reforma Psiquiátrica há a possibilidade de o louco ter a sua liberdade, inclusive de tratamento. Com a Reforma, surge o Acompanhamento Terapêutico na década de 1960, na Argentina. Esta prática se desenvolve à medida que sai do acompanhamento do paciente no espaço hospitalar, para acompanhá-lo na rua, nas andanças pelo território. Temos então uma prática marcada pela contingência, a partir do tratamento realizado em meio aberto, para além do ambiente controlado dos hospitais. Esse saber, que diz do caso a caso, não impede de pensarmos numa formalização para sustentar uma prática clínica. Por isso, apostamos justamente em alguns conceitos e construções da clínica das psicoses, que encontra desde Freud a característica principal de ouvir a palavra do sujeito com sofrimento mental. A partir do desenvolvimento da clínica das psicoses e das elaborações sobre o tratamento do Outro, o diagnóstico de discurso e a construção do caso clínico, bem como outras elaborações e operadores clínicos que dizem respeito à prática da psicanálise nas instituições, a ênfase recai sobre a solução singular que cada sujeito constrói no laço social. Estas elaborações nos ajudarão a analisar de que forma o *Sinthoma*, conceitualizado por Lacan em seu último ensino, poderá ser um operador clínico para o AT, para que se possa compreender quais as soluções subjetivas que cada sujeito encontra e constrói em seu arranjo, no encontro com o Outro. Alguns fragmentos clínicos serão analisados a partir destes operadores, considerando que o AT encontra uma prática subsidiada por um aporte teórico que destaca a escuta do sujeito.

Palavras-chave: Acompanhamento Terapêutico. Psicanálise. Reforma Psiquiátrica. Clínica da Psicose. *Sinthoma*.

ABSTRACT

Caetano, J. R. O. C. (2018). Therapeutic Accompaniment: psychoanalytical operators to a clinic in movement. Master's Thesis, Psychology Postgraduate Program, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

This study has as goal to analyze which clinical operators Therapeutic Accompaniment could afford in its practice in the face of psychoses, once this practice is affected by the contingency and the open sky clinic. The encounter with psychoanalysis is the guiding principle for our research, because from this theoretical and practical referential we will be able to circumscribe our study goal and research problem. To wage this study is necessary to pass through the history of madness, to understand which positions have been occupied by the madman in society, what includes the enigma and the enclosure. The role of scientific discourse is striking, in imprinting the segregationist discourse that the madman has nothing to say. Only with the Psychiatric Reform, the crazy could have its own liberty, what includes the treatment. With the Psychiatric Reform, arises the Therapeutic Accompaniment in the '60s, in Argentina. This practice develops as it leaves the patient's follow-up in the hospital space, to accompany him on the street, in the wandering through the territory. We then have a practice marked by contingency, from the treatment performed in the outdoor environment, in addition to the controlled environment of the hospitals. This knowledge, which he says on a case-by-case basis, does not prevent us from thinking of a formalization to support a clinical practice. For this reason, we focus precisely on some concepts and constructions of the psychoses clinic, which finds since Freud the main characteristic of hearing the subject's word with mental suffering. From the development of the psychosis clinic and the elaborations on the treatment of the Other, the diagnosis of discourse and the construction of the clinical case, as well as other elaborations and clinical operators that concern the practice of psychoanalysis in the institutions, the emphasis is on the unique solution that each subject builds in the social bond. These elaborations will help us to analyze how the *Sinthome*, conceptualized by Lacan in his last teaching, can be a clinical operator for the TA, so that one can understand the subjective solutions that each subject finds out and constructs in his arrangement, in its encounter with the Other. Some clinical fragments will be analyzed from these operators, where the TA finds a practice subsidized by a theoretical contribution that emphasizes the listening of the subject.

Keywords: Therapeutic Accompaniment. Psychoanalysis. Psychiatric Reform. Psychosis Clinic. *Sinthome*.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	<i>Cross-cap</i>	30
Figura 2	Fórmula da metáfora paterna.....	39
Figura 3	Nó borromeano de três elos.....	59
Figura 4	Nó borromeano e o <i>Sinthoma</i> como quarto elo.....	61
Figura 5	Nó de trevo da paranoia.....	61
Figura 6	Nó de trevo da paranoia reparado.....	62
Figura 7	Lapso de Joyce entre Real e Simbólico.....	63
Figura 8	Imaginário livre; Real e Simbólico interpenetrados.....	63
Figura 9	O <i>Sinthoma</i> de Joyce (ego) que repara o lapso.....	63

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

Centro de Estudos e Tratamento de Abordagem Múltipla em Psiquiatria (CETAMP)

Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM)

Classificação Internacional de Doenças (CID)

Comissão Intergestora Tripartite (CIT)

Conselho Federal de Psicologia (CFP)

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)

Escola Brasileira de Psicanálise (EBP)

Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS)

International Psychoanalytic Association (IPA)

Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM)

Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ)

Serviço Residencial Terapêutico (SRT)

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	LOUCURA, REFORMA PSIQUIÁTRICA E AT: ENTRELAÇAMENTOS.....	17
2.1	Loucura e ciência: qual tratamento para o louco?.....	18
2.2	Reforma psiquiátrica, reabilitação psicossocial e psicanálise.....	21
2.3	O início do Acompanhamento Terapêutico.....	27
2.4	Prudência e contingência.....	32
3	SOLUÇÕES SINGULARES NA CLÍNICA DAS PSICOSES.....	36
3.1	De Freud a Lacan.....	36
3.2	Segunda clínica de Lacan e Psicose Ordinária: subversões.....	41
3.3	O tratamento do Outro.....	44
3.4	Psicanálise nas instituições: operadores clínicos.....	48
4	O <i>SINTHOMA</i> E SUA OPERATIVIDADE CLÍNICA PARA O AT.....	54
4.1	Preliminar: sintoma e <i>Sinthoma</i>.....	55
4.2	Os nós borromeanos.....	58
4.3	O <i>Sinthoma</i> para o AT.....	67
4.3.1	<i>Antônio e a colher analgésica.....</i>	<i>68</i>
4.3.2	<i>Pedro e a arte da música.....</i>	<i>69</i>
4.3.3	<i>João e o pedir como laço.....</i>	<i>71</i>
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	74
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	78

1 INTRODUÇÃO

Em 1605, Miguel de Cervantes trouxe ao mundo as aventuras de Dom Quixote e Sancho Pança, o fidalgo e seu fiel escudeiro. Enquanto o Cavaleiro da Triste Figura empunhava sua espada contra os moinhos de vento, seu companheiro não deixava de acompanhá-lo. Seria esta uma primeira experiência do Acompanhamento Terapêutico¹?

Esta pesquisa é fruto do encontro com a prática do Acompanhamento Terapêutico, cujo início remete ao período da graduação em Psicologia. Este encontro produziu algumas inquietações: do que se trata esta prática? Como ela poderia ser feita? Sob qual baliza clínica o acompanhante terapêutico poderia se nortear? Foi no Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ)², vinculado ao Tribunal de Justiça de Minas Gerais, que estas questões puderam ser formuladas e respondidas — em certa medida, visto que a investigação sempre nos acompanha e nos renova.

Apesar da alusão a Sancho Pança, só a companhia a um fidalgo cavaleiro será suficiente? Será que não corremos o risco de esquecer o termo “terapêutico”, apagando-o da relação entre acompanhante e acompanhado, ocupando assim um lugar comum? Somente a companhia pelos mais diversos trajetos não caracteriza um AT, pois para que seu trabalho se efetive é preciso que haja uma intenção terapêutica. Destacamos que não se trata de um lugar comum, ou de uma posição assistencialista, pois a aposta é justamente nesta clínica em movimento que opera num lugar de fronteira: entre o paciente e a instituição, a família, a cidade, ou seja, entre o paciente e o laço social. Acompanhar o paciente em seu cotidiano implica consequências clínicas, políticas e sociais, bem como em uma disposição ética para ocupar este lugar.

A partir disso, questionamos: como o AT pode ser orientado, apesar de se caracterizar como uma prática realizada fora do consultório, aberta às contingências, em que a surpresa pode surgir a qualquer momento? Este questionamento irá nos guiar ao longo do trabalho, nos lembrando sempre da função terapêutica que esta prática implica.

¹ Para melhor conduzir o trabalho, optamos por adotar a sigla AT para designar o Acompanhamento Terapêutico, remetendo à prática/dispositivo, e a sigla at para designar o acompanhante terapêutico, ou seja, a pessoa que realiza a prática.

² O PAI-PJ é um programa vinculado ao Tribunal de Justiça de Minas Gerais, criado em 1999 pela psicóloga judicial e psicanalista Fernanda Otoni de Barros-Brisset. O programa apresenta uma alternativa para a lógica da exclusão social, advinda das medidas de segurança impostas nos processos judiciais envolvendo pacientes judiciários. O objetivo do programa é o acompanhamento integral dos pacientes, até que seja confirmada a cessação da periculosidade por meio de exame de sanidade mental.

A prática do AT é de grande relevância nos casos em que o paciente necessita ser acompanhado em sua reinserção na sociedade, em tarefas do cotidiano como pegar ônibus, ir a bancos, consultas, fazer compras, circular na cidade. Além disso, o AT poderá ser um conector entre o paciente e as instituições ou mesmo entre ele e sua família, amigos e conhecidos. Cada paciente irá fazer um uso singular desta prática; sendo assim, o importante é estar atento às demandas de quem se acompanha, às possibilidades terapêuticas e de laço social. Por ter vários usos e atividades, trata-se de uma prática sujeita às contingências dos espaços onde se circula, e por onde faz-se circular o louco e sua palavra.

A. Palombini (2007) enumera algumas características do AT do ponto de vista institucional, ressaltando sua modalidade clínico-política, visto que responde à especificidade dos serviços substitutivos e da reforma psiquiátrica, bem como à questão da formação do ponto de vista universitário e da educação continuada de quem trabalha na rede. Ainda de acordo com a autora, “o acompanhamento terapêutico produz efeitos notáveis também no processo de formação profissional daqueles que se dispõem a ser acompanhantes” (Palombini, 2007, p. 118). Lembramos que o AT é desenvolvido não só por psicólogos com diferentes abordagens teóricas como também por enfermeiros, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, dentre outros. Além disso, estudantes de graduação também praticam o AT, no âmbito de estágios obrigatórios ou extracurriculares.

O AT caracteriza-se por ser um dispositivo de saúde mental que surge no contexto da Reforma Psiquiátrica. Seu início ocorre na década de 1960, na Argentina, respondendo à nova configuração do espaço de tratamento. O surgimento do AT dentro dos institutos psiquiátricos nos revela um objetivo de reabilitação psicossocial intimamente ligado aos pacientes com sofrimento mental que não conseguem se manter de maneira autônoma e independente. Era necessário um profissional que conseguisse criar vínculo com o paciente para auxiliá-lo a se alimentar, a manter a higiene, a cuidar da medicação e a se deslocar pelo manicômio e posteriormente pela cidade.

O deslocamento pela cidade, após a reforma, justifica a presença do AT nos serviços substitutivos, tais como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), o Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM), o Centro de Convivência, o Serviço Residencial Terapêutico (SRT), dentre outros. Aos poucos, há uma ampliação desta prática, que se estende para os consultórios particulares, no contexto escolar e judiciário, com diferentes demandas e construções de trabalho.

O encontro com a psicanálise é norteador para nossa pesquisa sobre o AT, pois é a partir deste referencial teórico e prático que circunscrevemos nosso objeto de estudo e o nosso

problema de pesquisa. Já perguntamos logo acima sobre como o AT pode ser orientado visto que se trata de uma prática permeada pela contingência e pela clínica a céu aberto. A psicanálise oferece uma orientação para o desenvolvimento do AT — e será partir dela que nossa pesquisa se efetivará. Considerando o viés psicanalítico, quais operadores clínicos o Acompanhamento Terapêutico poderá dispor para a sua prática diante da psicose?

Apostamos justamente em alguns conceitos e construções da clínica das psicoses, que encontra desde Freud a característica principal de ouvir a palavra do sujeito com sofrimento mental. Autores como Alfredo Zenoni e Carlo Viganò nos indicam a chave para destacar a solução que vem do próprio paciente, pois a partir de suas elaborações sobre o tratamento do Outro, o diagnóstico de discurso e a construção do caso clínico, poderemos perceber a ênfase dada na solução singular que cada sujeito constrói no laço social. Estas elaborações nos ajudarão a analisar de que forma o *Sinthoma*, conceitualizado por Lacan em seu último ensino, poderá ser um operador clínico para o AT.

A nossa hipótese é a de que a solução *sinthomática* encontrada por cada sujeito nos servirá de baliza clínica na prática do AT, visto que o acompanhante terapêutico, ao se deslocar por diversos caminhos e ao lidar com as contingências do percurso de seu acompanhado, poderá compreender quais as soluções subjetivas que este encontra e constrói em seu arranjo, no encontro com o Outro. Não podemos deixar de mencionar que o *Sinthoma* não necessariamente dirá de algo benéfico ao sujeito, por isso é importante entender até que ponto ele será funcional ou não.

Para sustentarmos a aposta elaborada acima, precisamos antes de tudo compreender o desenvolvimento da prática do AT, bem como percorrer as bases históricas que antecedem o seu surgimento. Na segunda seção deste trabalho, abordaremos um breve histórico da loucura para depois situarmos o papel da reforma psiquiátrica. Em seguida, iremos caracterizar o AT em seu início e em sua construção prática.

Sabemos, a partir de Foucault (1978), que a loucura ocupou vários lugares, suscitou dicotomias como razão x desrazão, fascínio x perigo, para então ser capturada pelo discurso médico-científico, sendo testada, classificada, rotulada. Com a reforma psiquiátrica, temos uma ruptura: séculos de loucura trancada e silenciada são questionados pela proposta da luta antimanicomial. Há a libertação da loucura dos muros hospitalares, dentro dos quais tudo é perfeitamente controlável. Mas apenas isto basta? A pergunta é justamente para pensarmos na atualidade do manicômio, seja através da classificação excessiva de Manuais de Psiquiatria, seja através de algumas práticas que, em vez de ouvir o louco, silenciam-no.

Neste sentido, A. Palombini (2006), ao falar da cidade como espaço da loucura e consequentemente da ação do acompanhante terapêutico, nos alerta:

E seu exercício [do acompanhante terapêutico] — que se dá entre lugares, entre o serviço e a rua, entre o quarto e a sala, fora de lugar, a céu aberto — presentifica uma exigência que a reforma psiquiátrica vem colocar aos seus profissionais, seja qual for o dispositivo em causa: o fato de que uma clínica a serviço dos processos de desinstitucionalização coloca em jogo a *desinstitucionalização da clínica mesma*. (p. 117, grifo nosso).

Enfatizamos esta questão justamente por suscitar o debate da clínica, mas sobretudo da herança que temos da psiquiatria clássica, em que o modo de tratamento foi marcado pela segregação. Por isso existe a necessidade da discussão do papel da ciência no tratamento psiquiátrico, da loucura como objeto de estudo do saber científico e dos efeitos nos sujeitos marcados pelo diagnóstico. Conforme indica A. Teixeira (2016), “quem trabalha com o sofrimento psíquico ou mental não pode se furtar a medir o quanto o estigma produzido por uma categoria nosológica vem modificar a própria evolução da enfermidade assim definida” (p. 330). Se a ciência se caracteriza como um discurso que autoriza o abandono, com o AT há a possibilidade de acompanhar quem foi abandonado: através de sua presença e de sua escuta, o acompanhante terapêutico poderá ouvir este sujeito, reconhecendo-o em sua singularidade. Assim, apostamos na ideia de que o AT poderá promover a constante reflexão acerca do real espírito da reforma psiquiátrica e a própria reinvenção do fazer clínico, ao transitar pela desinstitucionalização inerente à reforma psiquiátrica, propondo uma clínica em movimento. Para além do diagnóstico, veremos como o AT poderá se nortear a partir das estratégias que os sujeitos constroem para lidar com o sofrimento mental.

Tal como Freud, que em 1920 compara o tratamento analítico a uma viagem de trem, podemos pensar que o processo de AT também é uma viagem, um deslocamento, quer seja a pé, de ônibus, de carro, ou mesmo de trem. A viagem representa o movimento, através do trajeto de um percurso para o destino desejado. Freud (1920/1976) compara as duas fases do tratamento analítico a duas etapas da viagem de trem: a primeira consiste nos preparativos necessários, em que se efetua a possibilidade e a garantia de se viajar para outro lugar. Mas ele explica que

passadas aquelas diligências, ainda não nos encontramos lá; na verdade não estamos um quilômetro sequer mais próximo de nosso destino. Para que isso aconteça, há que efetuar a própria viagem, de uma estação à outra, e essa parte da execução bem pode ser comparada à segunda fase da análise. (1920/1976, p. 191).

A segunda fase da análise remete ao trabalho do próprio paciente, a partir do estabelecimento da transferência. Em relação ao AT, o mesmo pode ser feito em diversos lugares e com diversos sujeitos: pode-se garantir a viagem através dele. Entretanto, o que ressaltamos nesta pesquisa é justamente a especificidade desta viagem, através do viés psicanalítico, em que o percurso de uma estação a outra é pensado justamente com o viajante, que é o verdadeiro condutor. Esta segunda etapa da viagem, que não acontece sem que haja a primeira, diz justamente de ouvir o paciente em seu saber, a partir de uma escuta ética.

Com base na analogia acima, abre-se o campo de investigação a ser feito entre AT e psicanálise, entendendo seu modo de operar na psicose. Na terceira seção, iremos percorrer a evolução no tratamento das psicoses, desde Freud até Lacan, desde o delírio como tentativa de cura até a clínica dos nós borromeanos.

Neste sentido, os conceitos de Tratamento do Outro e de Diagnóstico do Discurso, formulados por Alfredo Zenoni e Carlo Viganò, poderão nos propiciar uma articulação à prática do AT e servir de bússola para pensarmos o modo de operar da psicose. Veremos a importância de se promover uma relação com o Outro mais regulada e de considerar os elementos invariantes do caso, ou seja, o modo de gozo particular de cada sujeito. Utilizaremos dois fragmentos clínicos para pensar o AT dentro de uma lógica que considera o saber do paciente como norteador da condução do caso. A partir destes operadores, o caminho se abre para analisarmos em que sentido a noção de *Sinthoma* se encaixaria como uma baliza clínica para a prática do AT, ou seja, propor a operatividade do conceito desenvolvido por Lacan, na década de 1970, na escuta psicanalítica do acompanhante terapêutico. Na quarta seção, iremos abordar este conceito, compreendendo a mudança da grafia do sintoma para o *Sinthoma*, bem como a construção lacaniana dos nós borromeanos, que sofreu alterações ao longo de seu último ensino. O papel do *Sinthoma* na amarração dos nós é fundamental para pensarmos nos arranjos particulares de cada sujeito.

Se pensar o *Sinthoma* de cada um implica em considerar os nós borromeanos, veremos de que maneira este conceito se aplicará na prática do AT, ao analisarmos três fragmentos de casos que irão conectar os conceitos psicanalíticos propostos nesta pesquisa. Com isso, visualizaremos a operatividade clínica destes conceitos, entendendo o saber fazer de cada sujeito.

2 LOUCURA, REFORMA PSIQUIÁTRICA E AT: ENTRELAÇAMENTOS

Sabemos, a partir de Foucault (1978) em *História da Loucura na Idade Clássica*, que a loucura se localizou em diversos lugares e discursos ao longo dos séculos. O modo de lidar com ela também sofreu transformações. Do fascínio pelo enigma ao enclausuramento, passando pela cientificidade do tratamento até chegarmos à liberdade enunciada pela reforma psiquiátrica, temos um caminho a ser percorrido nesta seção.

Foucault (1978) indica que a herança da exclusão recebida pela lepra deixou marcas indeléveis naqueles considerados como loucos. Mas o louco, no século XVII — quando há a reativação dos antigos leprosários como locais de internamento — era na verdade um sinônimo designado a várias pessoas, justamente aquelas que evidenciavam o mal-estar social: pobres, libertinos, doentes, idosos, dentre outros. Ainda não se tinha uma separação muito clara dos desatinados. Esta separação viria mais tarde, no século XVIII, e a separação da separação, isto é, a classificação diagnóstica propriamente dita dentro da loucura se seguiria a isso. Esta mudança se dará muito tempo depois:

Será necessário um longo momento de latência, quase dois séculos, para que esse novo espantinho, que sucede à lepra nos medos seculares, suscite como ela reações de divisão, de exclusão, de purificação que no entanto lhe são aparentadas de uma maneira bem evidente. Antes de a loucura ser dominada, por volta da metade do século XVII, antes que se ressuscitem, em seu favor, velhos ritos, ela tinha estado ligada, obstinadamente, a todas as experiências maiores na Renascença. (Foucault, 1978, p. 12).

Portanto, para situarmos o lugar que a loucura ocupa em nosso discurso atual, é necessário percorrermos brevemente o seu histórico, passando pela experiência da Renascença, pelo momento do internamento, até chegar ao nascimento da psiquiatria.

A partir deste histórico poderemos articular a questão da ciência e o tratamento mental. Vamos nos servir de Alexandre Koyré (1991) para analisar a especificidade do tratamento controlado no contexto hospitalar. O seu texto “Do mundo do ‘mais-ou-menos’ ao universo da precisão” irá nos guiar para esta articulação necessária, sendo esta uma discussão aplicável ao papel da ciência no que se refere ao tratamento tanto na época de Pinel quanto na nossa.

Em seguida, iremos abordar a reforma psiquiátrica no contexto mundial e brasileiro, onde há um questionamento a respeito do tratamento hospitalocêntrico e segregativo da loucura após a Segunda Guerra Mundial. Consideramos pertinente, neste momento, realizar uma discussão acerca da reabilitação psicossocial, pois agora que o louco está fora do hospital, como fazer com seu tratamento? Desde já adiantamos ser imprescindível a aposta no sujeito, em seu arranjo singular e seu saber, bem como em seu encontro com o contingente.

A discussão acerca da reforma psiquiátrica e da reabilitação psicossocial consiste na pedra angular para introduzirmos o nosso objeto de estudo: o Acompanhamento Terapêutico. Apresentaremos o histórico do AT e como ele se desenvolveu no Brasil, para iniciarmos a compreensão desta prática em torno de uma orientação psicanalítica.

Por fim, ao considerar a especificidade do AT no seu encontro com o contingente, a partir do contexto do tratamento mental em meio aberto, iremos abordar este encontro sob o viés da prudência, conceito aristotélico que articula os dois termos. Se o próprio sofrimento é da ordem do contingente, nada mais justo do que pensar na prudência e na contingência para a psicanálise, enquanto norteadora da prática do AT.

2.1 Loucura e ciência: qual tratamento para o louco?

Foucault (1978) nos indica que na Antiguidade não se tinha a necessidade de segregar os loucos. Na verdade, a loucura passou por diversas expressões culturais e circulou socialmente de maneira livre antes que fosse redirecionada ao confinamento. Na Renascença, o louco possui uma vida errante, conforme representado pela pintura *A Nau dos Loucos*³. Segundo nos pontuam S. Laia e A. Aguiar (2017), nos séculos XV e XVI temos uma loucura considerada como oracular, contendo um “saber enigmático” (p. 13). Esse saber inerente à loucura, conforme Foucault (1978), é caracterizado por um saber proibido e fascinante aos homens.

Ainda nos séculos XV e XVI, temos a representação da loucura de maneira artística, quando “pintura e texto remetem eternamente um ao outro: aqui, comentário, e lá ilustração” (Foucault, 1978, p. 22). As pinturas de Bosch e Brant e o *Elogio da Loucura*, de Erasmo de Rotterdam, são importantes representantes destas manifestações artísticas. E sobre o elogio que endereça à loucura, Erasmo de Rotterdam anuncia: “de fato, que mais poderia convir à Loucura do que ser o arauto do próprio mérito e fazer ecoar por toda parte os seus próprios louvores?” (2007, p. 16). O autor ainda salienta que até então nenhum homem havia se aventurado ao elogio da loucura.

O saber próprio da loucura se conecta com a razão, conforme indica Foucault (1978): ambas “entram numa relação eternamente reversível que faz com que toda loucura tenha sua razão que a julga e controla, e toda razão sua loucura na qual ela encontra sua verdade irrisória” (p. 35). Neste momento histórico, o louco é admitido em um estado livre, circula e carrega

³ *A Nau dos Loucos* é uma pintura do artista holandês Hieronymus Bosch, do século XVI. A figura representa uma embarcação de loucos, que, conforme Foucault (1978), eram levados de uma cidade a outra.

consigo o saber enigmático, e até então não se tem nenhuma experiência de enclausuramento ou tratamento. Porém, a mudança já estava por acontecer, e aos poucos este elemento enigmático da loucura será esquecido.

Para Foucault (1978), o pensamento de Descartes é central nesta subversão da loucura, não mais colocando-a do mesmo lado da razão. A partir do século XVII, ela estará relacionada ao erro, à impossibilidade do pensamento. Segundo A. Teixeira (2016), “para que a loucura ganhasse seu lugar perceptivo próprio, foi necessário um gesto que a desenredasse violentamente do pensamento” (p. 332), o que acarretará na destituição da loucura enquanto experiência de lucidez. Com esta subversão, inicia-se o período das internações.

No século XVII, são criadas as casas de internamento; mais precisamente, é no ano de 1656 que o Hospital Geral é fundado em Paris. Porém, mesmo com os grandes locais de internamento neste período, ainda não temos um saber científico sobre a loucura, ou mesmo um tratamento médico: o que se tem é algo da ordem da moral. Neste sentido o hospital geral é um verdadeiro depósito não só de loucos como também de doentes, velhos, blasfemadores, libertinos, os livres de pensamento, miseráveis em suas existências de modo geral.

Continuando o percurso histórico da loucura, temos o papel fundamental do capitalismo, ao final do século XVIII, que promove uma classificação entre quem poderia trabalhar e quem não poderia, resgatando os internos ditos “válidos” dos locais de internação (Foucault, 1978). O que ocorre então é que “os loucos — impossibilitados de trabalhar e vistos como perigosos — acabaram por restar como derradeiros remanescentes do Grande Enclausuramento” (Laia & Aguiar, 2017, p. 18). Temos então o nascimento do manicômio e conseqüentemente da psiquiatria, a partir de Pinel, em 1793 (Foucault, 1978). Com esse fato, é possível traçar um delineamento de cunho mais científico da loucura, com influências positivistas. O que se observa também é a transformação dos hospitais psiquiátricos: se antes eram de cunho assistencial, verdadeiras clausuras morais dos séculos XVII e XVIII, a partir de Pinel temos uma constituição da instituição hospitalar, de método clínico e investigativo.

O panorama da psiquiatria, que envolve diversos atores tais como Clérambault, Esquirol, Kraepelin, Jaspers, dentre outros, se constituirá a partir daí enquanto implicação do tratamento mental articulado à ciência e ao seu discurso. Destacamos então um ponto importante da imbricação entre prática científica e prática de segregação:

ao definir alguém como “alienado”, o discurso segregacionista apoia-se na autoridade científica para silenciar sua fala, seja excluindo-o fisicamente da comunidade, através de medidas de internação sistemática, seja tratando cientificamente sua diferença nos termos veladamente morais de comportamento inadequado ou de déficit cognitivo. (Teixeira, 2016, p. 334).

Assim, a introdução da ciência no tratamento da loucura nos indica o silenciamento do sujeito tido como louco. Esta característica é que nos revela o cerne do tratamento da loucura a partir de então, pois “seja qual for o seu nível de êxito ou dificuldade em tratar cientificamente o fenômeno mental, a ciência estabelece axiomáticamente, em sua fundação, que da loucura, como pensamento, nada se deve esperar, ela nada tem a dizer” (Teixeira, 2016, p. 334). Ela nada tem a dizer e é apenas um erro a ser corrigido, a partir dos padrões científicos de controle.

O tratamento da loucura no modelo hospitalocêntrico possui a característica de uma experiência controlada. Conforme nos recorda A. Teixeira (2011), dentro do hospital temos o controle das variáveis, ou mesmo sua eliminação, inclusive tendo diversos protocolos aplicáveis ao controle do sono, alimentação, medicação, horários e tarefas a serem realizadas.

Estas características do modelo hospitalocêntrico se encaixam no conceito de *instituição total*, conforme ressalta Erving Goffman (1974) em *Manicômios, prisões e conventos*. Uma das características mais marcantes deste processo de institucionalização é a mortificação do eu, visto que há “uma série de rebaixamentos, degradações, humilhações e profanações do eu” (Goffman, 1974, p. 24). A mortificação do eu é composta por processos padronizados, tais como a barreira entre o internado e o mundo externo e os ritos de admissão. Ao ser admitido, o internado é despojado de seus bens e pertences, que são substituídos por roupas e itens padronizados. Assim, Goffman pontua que “na admissão, a perda de equipamento de identidade pode impedir que o indivíduo apresente, aos outros, sua imagem usual de si mesmo” (1974, pp. 29-30).

Além disso, podemos acrescentar diversos aspectos concernentes à instituição psiquiátrica, tais como a obrigatoriedade de se tomar medicamentos e ingerir alimentos. Goffman (1974) afirma que há uma particularidade de mortificação do eu que é justificada pelo tratamento na qual o doente mental deve se submeter. As regras contidas neste espaço usualmente reforçam o caráter de doença mental, aludindo a falhas perante a sociedade. Assim, “o paciente precisa ‘compreender’, ou fingir compreender, a interpretação que o hospital dá dele” (Goffman, 1974, p. 132); interpretação que muitas vezes retira a subjetividade do paciente em prol desta compreensão: o hospital, em tese, sabe o que está fazendo. Diante disto que é imposto, retomamos o discurso da ciência que declara que a loucura é apenas um erro a ser corrigido, devendo se encaixar no padrão ou naquilo que é padronizado na instituição psiquiátrica. Isto inclui a eliminação das variáveis subjetivas, que fogem ao que é considerado padrão.

A experiência hospitalar da loucura, com seus protocolos e controle de variáveis, nos remete a um “universo da precisão”, termo inserido pelo filósofo Alexandre Koyré (1991) em seu texto “Do mundo do ‘mais-ou-menos’ ao universo da precisão”. Neste texto, o autor apresenta a mudança do mundo do mais ou menos ao mundo da precisão, no que se refere à história da ciência. A precisão estará ligada aos instrumentos de medida e à exatidão por eles proposta, substituindo assim a imprecisão do mais ou menos. O mais ou menos, de acordo com Koyré (1991), diz respeito à vida cotidiana, que é caracterizada justamente pelo seu caráter móvel.

Seja através da construção do telescópio a partir de uma teoria por Galileu, ou através do aperfeiçoamento do relógio como instrumento para medida do tempo⁴, percebemos junto à Koyré a conexão entre o pensamento científico, o instrumento e a precisão: a ciência necessitou do universo da precisão para sustentar seu desenvolvimento.

Retomando a comparação do universo da precisão ao hospital psiquiátrico, os instrumentos de precisão dos quais nos fala Koyré também estão presentes na tentativa de exatidão no tratamento da loucura. Não podemos deixar de lembrar dos instrumentos realizados nas lobotomias, os aparelhos de eletrochoque, ou mesmo de pensar o próprio hospital psiquiátrico como um instrumento de controle da loucura. Um mundo da precisão que descarta a subjetividade — e ainda hoje contamos com certos aparatos que se prestam a isto, tais como os exames de neuroimagem e o desenvolvimento de manuais de transtornos mentais. Seria um *déjà-vu*?

A problematização desta questão será assunto para o próximo tópico, onde abordaremos a reforma psiquiátrica e sua consequência no tratamento da loucura. Como se dará este tratamento?

2.2 Reforma psiquiátrica, reabilitação psicossocial e psicanálise

O panorama do tratamento da loucura permanece o mesmo até o período que sucede à Segunda Guerra Mundial, quando se iniciam projetos de Reforma Psiquiátrica pela Europa e Estados Unidos. A partir disso, temos a modificação na forma do tratamento psiquiátrico e a consequente abertura do espaço antimanicomial. Estes projetos incluem a comunidade terapêutica, a psicoterapia institucional, a psiquiatria de setor, a psiquiatria preventiva, a antipsiquiatria e a psiquiatria democrática italiana (Amarante, 1995).

⁴ Koyré (1991) ressalta o papel fundamental que a medição exata do tempo cumpriu no próprio desenvolvimento científico, especialmente no que se refere à Astronomia e à Física.

Cada um destes projetos se diferencia em suas especificidades, sendo voltados ou para a reforma do espaço asilar, ou para atividades externas ao hospital. Conforme nos elucida P. Amarante (1995), a comunidade terapêutica inglesa (que tem como expoentes Maxwell Jones, Sullivan, Bion, Reichman, dentre outros) e a psicoterapia institucional francesa (representada por Jean Oury) se ocupam da reformulação institucional, mas pontua que Jean Oury traz uma proposta que preza a abertura de novas possibilidades terapêuticas, tais como a inclusão de ateliês. Já a psiquiatria de setor e a psiquiatria preventiva possuem um trabalho mais voltado para a comunidade: o objetivo era a obsolescência dos hospitais psiquiátricos. Porém, a antipsiquiatria, com ideias dos psiquiatras ingleses Laing e Cooper, traz uma crítica bem pontual acerca do valor que se dava ao saber médico, numa proposta de horizontalização das relações dentro da instituição.

Entretanto, segundo P. Amarante (1995), todos estes projetos seriam “reformas da reforma”, pois considera que é somente a partir da intervenção de Franco Basaglia e da psiquiatria democrática italiana que se desconstrói o paradigma psiquiátrico clássico, com um projeto de desinstitucionalização. Com Basaglia, temos a desconstrução do espaço manicomial, através de suas experiências em Gorizia e particularmente em Trieste, onde são construídos novos centros de atendimento em saúde mental fora do hospital psiquiátrico.

Saraceno (2001) aponta que até a década de 1970 não houve desinstitucionalização, e sim desospitalização. A desospitalização está ligada apenas à retirada dos pacientes dos hospitais e manicômios. Já a desinstitucionalização se ocupa não só da retirada do louco do hospital como também das relações sociais e da construção de vínculos do louco na sociedade, após a sua saída da instituição. É nesta década de 70 que Franco Basaglia inicia o seu trabalho de fechamento do hospital psiquiátrico de Trieste, propondo os centros de atendimento na comunidade.

No Brasil, a reforma psiquiátrica terá início nos anos finais da década de 1970, com um importante papel do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Segundo Amarante (1995), o MTSM é o responsável pela vinda de Franco Basaglia ao Brasil em 1979, o que impulsiona o movimento em nosso país, quando surgem denúncias das condições dos hospitais psiquiátricos brasileiros.

Ao final da década de 1980, ocorre a I Conferência Nacional de Saúde Mental, e é criado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em São Paulo. Além disso, há a criação do projeto de Lei nº 3.657/89 pelo deputado federal Paulo Delgado — aprovado como lei em 2001, sob o número 10.216. Esta lei preconiza o tratamento de saúde mental em ambiente aberto e

visando a reinserção social. O artigo quinto desta lei destaca a reabilitação psicossocial de pacientes internados por longos períodos:

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário. (Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001).

Portanto, a partir da reforma psiquiátrica, um novo tema é inserido na saúde mental: a reabilitação psicossocial. Logicamente, com a mudança do tratamento da loucura — agora não mais enclausurada em hospitais e manicômios —, evidencia-se um novo modo de tratamento em meio aberto. Mas mesmo o termo reabilitação psicossocial requer cuidados e merece ser detalhado.

A. Guerra (2004) nos apresenta um panorama detalhado deste termo, a partir da realidade brasileira após a reforma. Torna-se claro que ainda há uma multiplicidade de modos de operar a partir do conceito da reabilitação, que são explicitados no livro organizado por Ana Pitta (2016), *Reabilitação psicossocial no Brasil*. A autora explica que a reabilitação psicossocial “está associada a um sem-número de iniciativas mais ou menos articuladas que buscam reduzir o poder cronificador e desabilitante dos tradicionais tratamentos, desenvolvendo-se dentro e fora dos hospitais e se utilizando de um sem-número de técnicas” (Pitta, 2016, p. 28).

Para além da própria multiplicidade que o termo evoca, A. Guerra (2004) salienta as controvérsias em torno da questão, que enfocam justamente um questionamento da psicose e sua ruptura e de como a reabilitação psicossocial atuaria aí: “como voltar a ser o que se era antes, se é exatamente isso que se perde no desencadeamento psicótico?” (p. 90). Diante disso, a autora nos apresenta três modelos epistêmicos que norteiam a reabilitação psicossocial: 1) modelos psicoeducativos; 2) modelos sociopolíticos ou críticos; e 3) modelos de orientação clínica.

O primeiro modelo se presta à adequação do sujeito, através da aprendizagem de habilidades, e o segundo modelo leva em conta as variáveis sociais e políticas das realidades locais de onde se realiza a reabilitação, preconizando as redes de intervenção e a capacidade contratual dos sujeitos. Já o terceiro modelo caracteriza-se por uma crítica aos modelos psicoeducativos e uma aproximação dos modelos sociopolíticos, justamente por considerar que “há uma dimensão particular, única e irredutível de inscrição do sujeito na linguagem e na

cultura” (Guerra, 2004, p. 91). Este modelo de orientação clínica nos remete justamente ao papel da psicanálise dentro da reforma psiquiátrica e da reabilitação psicossocial.

S. Laia e A. Aguiar (2017) ressaltam o papel fundamental de Freud e Lacan para a reintrodução da loucura a um modo diverso de tratamento. Laia e Aguiar (2017) mostram o percurso feito por Lacan no campo da psicose⁵, ressaltando a sua crítica à psiquiatrização da loucura — que apenas impõe muros e barreiras frente à psicose e à especificidade de sua estrutura.

B. Bezerra (2016) nos traz a ideia freudiana de descentramento do sujeito a partir de sua concepção do inconsciente, ressaltando que esta ideia “nos previne de qualquer ilusão que se possa ter de que há uma maneira de ser homem, uma maneira de ser sujeito adequada à natureza da espécie humana, ao contrário do que se pode falar sobre qualquer outro animal” (p. 179). Ou seja, esta subversão freudiana nos remete à própria multiplicidade de respostas e construções que os sujeitos fazem mediante diversos aspectos de suas vidas, incluindo aí a doença mental. Por isso mesmo, B. Bezerra (2016) pontua a importância da rede de subjetividade do sujeito e os estímulos que aí acontecem, pensando numa clínica ampliada, com diferentes modos de intervenção e conseqüentemente diversos modos de ordenação do sujeito.

Conforme já abordamos anteriormente, a ciência dá um passo na transposição do mundo do mais ou menos em direção ao universo da precisão — e inclusive foi possível situar a experiência hospitalocêntrica da loucura neste universo da precisão. Mas estamos lidando com a doença mental: como é possível permanecer no procedimento controlado em sua abordagem, considerando que a partir da reforma psiquiátrica o tratamento é oferecido em meio aberto, em serviços substitutivos, apresentando a todo momento variáveis não controláveis? De fato, A. Teixeira (2011) pontua que com esta substituição do modelo hospitalar ao tratamento em meio aberto, a experimentação controlada da loucura dá lugar a “uma experiência do atendimento cuja orientação somente pode ser concebida no momento mesmo em que essa experiência se apresenta” (p. 4). Podemos dizer que esta experiência será marcada pelo encontro com o contingente. A inserção no espaço da cidade abre novas possibilidades, e conseqüentemente não se pode escapar da ocorrência de imprevistos, que convocam um modo diferente de situar o modelo de atendimento em saúde mental.

Mas cabe ressaltar uma questão instigante, visto que, décadas após o início da reforma psiquiátrica e desta revolução no tratamento da loucura, ainda temos características de sua experimentação controlada: o uso desenfreado dos medicamentos psiquiátricos, a incidência do

⁵ Iremos explorar este percurso na próxima seção.

Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) com papel preponderante de diagnosticar e classificar e exames de neuroimagem que atestam o crescimento das neurociências. Aliás, já sabemos que com o DSM-V há uma distribuição de transtornos mentais para todos os gostos, e eles “passam a ser apresentados numa cronologia que vai da mais tenra infância até as últimas etapas da vida” (Laia & Aguiar, 2017, pp. 25-26). A partir do que é diagnosticado e classificado, há toda a disponibilidade de medicamentos prontos a tamponar o mal-estar.

Diante desta atualização do apagamento do sujeito, e considerando a forma de tratamento proclamada pela reforma psiquiátrica, nada mais justo do que ressaltar o papel da psicanálise na apropriação deste espaço. A psicanálise vai na contramão daquilo que reiteradamente tolhe a palavra do sujeito em meio às classificações. É necessário sempre retomar o caminho escolhido por Freud, que “no lugar de pensar o sofrimento na perspectiva objetivante do saber científico, que silencia a palavra do louco, preferiu ouvir o que seu paciente tinha a dizer” (Teixeira, 2016, p. 340). E é a partir desta recomendação que podemos localizar a relação fundamental da psicanálise com a saúde mental, dando ouvidos àqueles que sofrem e têm o que dizer.

Explicitamos anteriormente que existem diferentes modos de reabilitação psicossocial associados à reforma psiquiátrica e já situamos bem o lugar da psicanálise em reconhecer o que há de particular em cada sujeito. Isto porque temos em Saraceno (2001) uma crítica da reabilitação que responde a uma lógica de controle e conseqüentemente a uma lógica de contenção — ações que descartam o sujeito e seu saber.

Esta crítica realizada por Saraceno nos leva a concordar com A. Teixeira (2010a), que ao diferenciar inclusão social de inserção aponta que a primeira estaria ligada à lógica de controle através de um saber terapêutico vindo do Estado ou de outro poder. O assistencialismo, que muitas vezes ocorre dentro da saúde mental, responde à esta lógica, em prol dos direitos que foram historicamente negados aos pacientes ao longo de uma prática manicomial. Algo da ordem da reparação, que se torna imprescindível.

Sabemos que os direitos aos loucos foram negados, mas chamamos a atenção para esta atualização do controle social através do saber que se julga ter sobre os sujeitos, amparado na necessidade de assistência. Há um risco de se criarem ideais ou expectativas de socialização e até mesmo de adequação ao espaço social, vindos da instituição ou de quem atende o paciente. Dito isso, é pertinente situarmos o que A. Teixeira (2010a) designa como “tática histórica do assistencialismo”, que, “de certo modo, dá permanência ao discurso de inclusão representado pelo mestre contra o qual ela protesta” (Teixeira, 2010a, para. 10). Ou seja, esta tática histórica

estará sempre a procura de um mestre para obturar o que é da ordem da divisão — e, a partir de um certo princípio de igualdade, poderá justamente tamponar o que há de singular ao forçar um encaixe do sujeito, pois o que está em jogo é o saber que já se possui dele e de sua patologia.

Mas, diferente da inclusão social, a inserção seria um termo

que passa a significar, a nossos olhos, um vínculo absolutamente distinto desse modo de relação ao Outro calcado nos mecanismos de submissão ao poder. Sua visada implica antes, por essência, uma relação definida pelos meios possíveis de negociação do sujeito com o Outro, em cujo saldo se manifesta não apenas uma transformação do modo anterior de vínculo, como também uma modificação essencial tanto da parte do sujeito quanto da parte do Outro com o qual esse sujeito vem compor. (Teixeira, 2010a, para. 3).

A dimensão clínica dentro da reabilitação nos aponta para esta categoria de inserção social que definimos, considerando as formas como cada sujeito realiza sua capacidade de laço social com o campo do Outro, campo este que — esperamos — também se modifique a partir deste encontro. Na contramão do assistencialismo ou de outras tentativas de inclusão social, a inserção aponta para a construção do sujeito, exaltando o que é da ordem do singular. Mas, e quando uma das formas que o sujeito encontra para se inserir no campo do Outro é justamente sua desinserção? Como seria isso?

A desinserção poderá apontar uma maneira que o sujeito encontra de se fazer ouvir. Conforme nos indica F. Barros-Brisset (2010), muitas vezes as ofertas de assistência em saúde mental não são respondidas pelo paciente, o que causa angústia e aponta um furo. Por isso mesmo, a autora lança uma pergunta: “como um dispositivo de ‘inclusão’, como é qualificada a política atual de assistência em saúde mental substitutiva aos manicômios, pode acolher e dar lugar em seu dispositivo de rede ao que ali cessa de não se inserir?” (Barros-Brisset, 2010, para. 4).

Aliás, F. Barros-Brisset (2010) irá destacar que para a psicanálise somos todos descendentes do pecado original, visto que temos a marca imprimida pelo ato de Adão e Eva ao comerem o fruto proibido. Este ato transgressor desde já evidencia uma desinserção, efeito de divisão do sujeito, que frente a uma ordem previamente estabelecida de não comer o fruto proibido, age contrariamente. Além disso, se pensarmos na falta que nos constitui, já existe algo de desinserido em nossa constituição: algo que resta. Portanto, ao considerar esse resto, a Psicanálise já opera com o que diz respeito ao desinserido: “a oferta da psicanálise, dentre os vários discursos que cruzam este campo feito por muitos, pode causar a porosidade necessária na política para suportar o saber fazer do sujeito com o que em si não se insere na lógica do ‘para todos’” (Barros-Brisset, 2010, para. 58).

Esta lógica do *para todos* nos remete justamente ao saber científico, já abordado anteriormente. Diz respeito à universalidade em detrimento da singularidade, à classificação universal almejada, por exemplo, pelo DSM. Por isso reconhecemos o papel de destaque para a psicanálise, que está a serviço de uma escuta guiada por uma ética. É esta escuta que consideramos fundamental no trabalho do AT. Uma escuta presente na companhia, nas andanças pela cidade, na apropriação do paciente de seu espaço social.

Esta oferta surge a partir deste novo olhar sobre a loucura, que possibilita o trabalho do AT devido à reforma psiquiátrica. Conforme ressalta M. Hermann (2008), após o início da reforma psiquiátrica alguém deveria acompanhar o louco em sua errância pela cidade.

2.3 O início do Acompanhamento Terapêutico

De acordo com Reis Neto (1995), a partir do contexto da reforma psiquiátrica, o AT surge na década de 1960 na Argentina, mais especificamente fazendo parte da equipe do Centro de Estudos e Tratamento de Abordagem Múltipla em Psiquiatria (CETAMP). Nesta instituição, conforme nos relata M. Hermann (2008), diante da dificuldade de aderência ao tratamento que alguns pacientes apresentavam, “pensou-se que alguém da equipe pudesse ir ao encontro do paciente, para tentar novas estratégias de instalação do dispositivo de tratamento, de modo a tentar trazer o paciente para o tratamento institucional” (p. 37). Esta posição dentro da equipe já evidencia a presença do AT como parte do tecido institucional, um mediador entre a equipe e o paciente acompanhado.

Antes de ser denominado como acompanhante terapêutico, a pessoa que exercia a função de mediador entre paciente e equipe teve outros nomes, como “amigo qualificado” e posteriormente “auxiliar psiquiátrico”. Esta mudança do nome é importante para que o AT se consolidasse enquanto dispositivo, pois se o termo “auxiliar” indicava subordinação a expressão “amigo qualificado” indicava algo da ordem do amistoso e de uma relação simétrica entre paciente e terapeuta (Santos, Motta & Dutra, 2005).

A virada que ocorre na denominação do AT se encontra no livro *Acompanhamento terapêutico e pacientes psicóticos*, de Susana Mauer e Silvia Resnizky (1987), autoras argentinas que apresentam sua experiência no CETAMP. Segundo as autoras, a mudança no nome diz respeito à “delimitação e ao alcance do papel” (1987, p. 39), que vai se ampliando à medida que a experiência ocorre. Com a substituição de amigo qualificado para acompanhante terapêutico, “acentuou-se o que de terapêutico tinha este tipo de função assistencial” (Mauer &

Resnizky, 1987, p. 39). Ou seja, esta nova denominação traz o enfoque para o terapêutico, pensando-se além da função de assistência que é requerida.

No início desta prática não era necessária nenhuma formação específica para exercer a função, que estava mais ligada aos cuidados físicos com os pacientes, atividades recreacionais, higiene etc. Porém, é interessante considerar o que nos apontam L. Santos, J. Motta e M. Dutra (2005) sobre esta experiência do acompanhante terapêutico no CETAMP, que “figurava entre os outros profissionais, sem qualquer relação de subordinação. Neste sentido, era uma experiência que antecipava o que hoje chamamos de ‘prática feita por muitos’” (p. 499), termo este que possui importância no contexto deste trabalho e que será abordado posteriormente.

Sobre o surgimento do AT no Brasil, N. Bazhuni (2010) indica que aqui em nosso país esta prática teve início na clínica Pinel, em Porto Alegre, nos anos 1960. A autora destaca os trabalhos na Clínica Villa Pinheiros, no Rio de Janeiro, entre 1969 e 1976. Esta clínica tem uma particular importância dentro da evolução do AT no Brasil, visto que é lá que o então auxiliar psiquiátrico consegue sair da instituição e realizar o seu trabalho fora dela (Santos, Motta & Dutra, 2005). Este é um fator importante, pois conforme nos ressaltam A. Guerra e A. Milagres (2005), somente quando o acompanhante terapêutico sai para a rua com o paciente é que se amplia sua função, e conseqüentemente é que se pode pensar numa clínica do AT.

Também devemos ressaltar o trabalho realizado pelos acompanhantes terapêuticos do Instituto A Casa, de São Paulo, que foi publicado em 1991 sob o título *A rua como espaço clínico*. Em Belo Horizonte, destacamos o trabalho efetivado pela clínica Urgentemente, que em 1998 ofereceu um curso de formação de acompanhantes terapêuticos com duração de dois anos (Santos, Motta & Dutra, 2005).

A partir de então a prática do AT evolui e se amplia para outros espaços de saúde mental, como nos CAPS, Centros de Convivência, nas escolas, no PAI-PJ, dentre outros. Nestes locais, o AT é muitas vezes realizado por estagiários de Psicologia, Terapia Ocupacional, Serviço Social e Enfermagem.

Atualmente temos concursos públicos para o cargo de acompanhante terapêutico na cidade de Santos (SP) e em algumas outras cidades, de maneira escassa. Há também profissionais da área da saúde que atuam como acompanhantes, incluindo psicanalistas, porém esta é uma prática ainda em crescimento no país, operando sob diversas correntes teóricas.

O entrelaçamento do AT com a reforma psiquiátrica implica em considerarmos as especificidades do *setting*: agora se trata do espaço fora do manicômio, na cidade, no território. Destacamos então o que Antônio Lancetti (2008) denomina como *clínica peripatética*, que diz respeito ao passear conversando, ou seja, da experiência clínica realizada fora do consultório.

Aliás, o autor cita a experiência do AT enquanto pertencente à clínica peripatética, ressaltando a criação do primeiro concurso público na cidade de Santos para acompanhantes terapêuticos.

O termo peripatético está relacionado à escola do filósofo Aristóteles, denominada Liceu. Aristóteles frequentava a Academia de Platão, seu mentor, e alguns anos após a morte de seu mestre funda o Liceu. Apesar de ter as influências do pensamento de Platão, Aristóteles apresentou diferenças marcantes em sua filosofia, visto que o Liceu, com proposta mais empírica, se diferencia da Academia, focada no pensamento teórico. Cabe lembrarmos a famosa inscrição no portal da Academia de Platão, proibindo a entrada de quem não fosse geômetra⁶. Esta condição para os iniciados na Academia denota a importância que Platão dava ao estudo da Geometria e da Matemática, e aqui podemos diferenciar o ensino no Liceu aristotélico, que contava com um caráter mais empírico e prático. Podemos supor uma maior seleção do público para participar da Academia em relação ao Liceu, diante das diferenças apontadas.

A característica peripatética do Liceu diz respeito ao local e ao modo de ensino.

A escola filosófica fundada por Aristóteles (384-322 a. C.) tornou-se conhecida pelo nome de *peripatética* em virtude do costume do Estagirita⁷ de ensinar andando pelos jardins de Apolo no Liceu, perto de Ilissos, nas cercanias de Atenas. (Lancetti, 2008, p. 15, grifo do autor).

O filósofo David Ross (n.d.) nos explica que Aristóteles passeava com seus alunos todas as manhãs e “discutia com eles questões mais obscuras da filosofia; depois, de tarde ou de noite, expunha as questões menos árduas a um público mais vasto⁸” (p. 12, tradução nossa). Ross (n.d.) ressalta a distinção que é feita nos dois tipos de ensino de Aristóteles: os ensinamentos em forma de narrativas (a escola peripatética) e os ensinamentos exotéricos (transmitidos ao grande público), sendo que as matérias repassadas de forma peripatética eram mais abstratas (Lógica e Física, por exemplo), enquanto as matérias repassadas ao grande público diziam respeito às demandas mais gerais, como a retórica ou a política.

Interessante salientarmos duas características da escola peripatética de Aristóteles: se desenvolve em um ambiente aberto, do lado de fora, e concentra os ensinamentos mais abstratos, com estudos mais aprofundados. Podemos pensar numa lógica topológica para analisarmos estas características; uma lógica do dentro-fora, representada pelo *cross-cap*.

⁶ Segundo o dicionário Michaelis, geômetra é a “pessoa especializada em geometria”. Recuperado a partir de: <http://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/Ge%C3%B4metra/>.

⁷ Segundo o dicionário Michaelis, estagirita é “relativo ou pertencente a Estagira (Macedônia antiga), cidade onde nasceu o filósofo grego Aristóteles (384-322 a.C.)”. Recuperado a partir de: <http://michaelis.uol.com.br/busca?r=0&f=0&t=0&palavra=estagirita>

⁸ “(...) discutía con ellos las cuestiones más abstrusas de la filosofía; después, por la tarde o por la noche, exponía las cuestiones menos arduas a un público más vasto”.

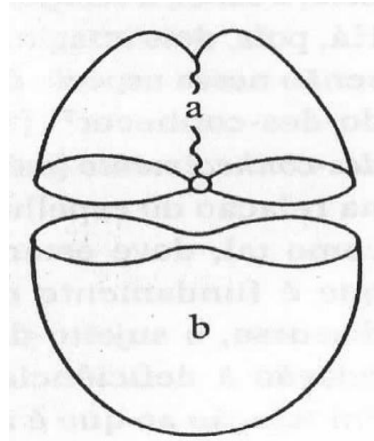


Figura 1. *Cross-cap*.
 Fonte: Lacan (1961-62/2003, p. 394).

Aqui temos uma subversão do espaço, que se caracteriza como um “dentro-fora” que se mistura, que estão em continuidade. Através deste modelo *asférico*, que se contrapõe à esfera (marcada por um espaço interior e outro exterior), podemos compreender a escola peripatética: está fora (nos jardins) e ao mesmo tempo dentro (profundidade do que se aprende).

Consideramos que esta lógica também se aplica ao AT, que se faz numa clínica peripatética. A aposta é justamente neste dentro-fora: sair com o paciente numa clínica ampliada e a céu aberto, observando sua singularidade e a maneira como se efetiva o laço social. Ao mesmo tempo em que o AT se desenvolve do lado de fora e com objetivos diversificados em relação a cada paciente (como por exemplo, ir ao banco sacar um dinheiro ou acompanhar uma consulta), a prática traz em si a profundidade de se deparar com a transferência na psicose e o manejo clínico diante de inúmeras contingências pelo caminho. Também é possível pensar no movimento que o AT poderá fazer sobre a instituição e o sujeito acompanhado, pois podemos dizer que a instituição possui uma aparência esférica (com dentro e fora bem demarcados), ao passo que com o AT há a possibilidade de fazer operar um modo *asférico*, articulando o fora-dentro.

Sobre a característica da clínica peripatética, Lancetti nos pontua que “nunca se trata de adicionar nem de ocupar a pessoa com uma atividade, de dispor de uma ação como artefato. E à medida que a história se desenvolve, novos trechos de uma biografia vão sendo conhecidos, novos efeitos vão sendo gerados” (2008, pp. 113-114). Esta pontuação nos remete à questão da própria característica do tratamento mental em meio aberto, em que insistem as variáveis não controláveis e o encontro com o contingente. O AT, pensado na disposição ética do seu fazer, deve estar sempre atento à história que desenvolve junto ao acompanhado, percebendo o que se apresenta de contingente e o que se faz com isto.

Também é pertinente pensarmos sobre o AT e sua função para além da lógica do controle social, evitando que o acompanhante terapêutico se reduza a uma figura pedagógica ou educativa. Este cuidado vai ao encontro da problematização acerca da reabilitação psicossocial, quando esta responde à demanda de aprendizagem de habilidades, e de reeducar o paciente para que este se adeque ao espaço social em que se encontra inserido. Também há uma confluência com a questão levantada sobre a desinserção social, que controverte a inclusão social destinada a todos os pacientes. Ao AT não cabe uma posição pedagógica, sob o pretexto de incluir o paciente numa vida dita “normal”. É certo que existirão momentos em que a demanda por uma ação educativa ou pedagógica poderá se apresentar, mas é preciso questionar sob qual necessidade esta demanda se apresenta. Isto implicará na transferência entre acompanhante e paciente, para que se saiba o momento em que este tipo de demanda poderá ou não ser atendido.

Neste sentido, cabe elucidarmos os objetivos do AT de acordo com sua operatividade. Por exemplo, N. Bazhuni (2010) traz duas dimensões do objetivo do AT, que se caracteriza “tanto por sair à rua com o paciente quanto ter por objetivo promover sua reabilitação social, como denominam algumas correntes, quanto promover a estabilização do sujeito no laço social, como sugere a contribuição lacaniana” (p. 40). Por isso mesmo, destacamos a importância da formação teórico-prática de quem se propõe a ser acompanhante terapêutico, observando a disposição ética para ocupar este lugar.

Temos também importantes apontamentos feitos por Viganò (2010) em seu texto “A construção do caso clínico em saúde mental”. O autor chama a atenção para a diferença entre o caso social e o caso clínico. Segundo o autor, “enquanto o caso social é conduzido pelos operadores, o caso clínico é resolvido pelo sujeito, que é o verdadeiro operador, desde que nós o coloquemos em condições de sê-lo” (Viganò, 2010, p. 42). Ou seja, trata-se da distinção entre inclusão social e inserção, bem como do enfoque na autonomia do próprio paciente e de seu saber. Apostamos que a prática do AT possa ser orientada a partir desse direcionamento. Novamente apontamos a incidência da orientação clínica na reabilitação psicossocial, evitando qualquer risco de apagamento do sujeito.

Diante desta característica, dos nossos sujeitos como operadores do caso, como pensar em um método para o AT? Um ponto importante salientado por Santos, Motta e Dutra (2005) é o cuidado com a questão da identificação, ao lembrar-nos que ela implica alienação: o papel do AT não é o de ser imitado, mas promover o sujeito como operador. As autoras ressaltam então o manejo da transferência como fundamental na relação entre acompanhante e acompanhado e afirmam que, amparado pela teoria lacaniana, o AT é pensado como “um

dispositivo de regulação do gozo do sujeito e uma forma de apresentar um Outro não invasivo” (Santos, Motta & Dutra, 2005, p. 507).

M. Hermann (2008) considera fundamental no contexto do AT o “olhar em rede”, que está relacionado à apropriação do território institucional pelo acompanhante terapêutico, sendo ele mais um componente inserido na instituição. O acompanhante terapêutico seria então um articulador de rede, sendo esta uma estratégia de manejo da transferência. O autor também afirma em seu trabalho a contribuição do AT na construção do *Sinthoma*, observando as ofertas de laço social a partir da clínica da paranoia. Na quarta seção deste trabalho, iremos discorrer sobre a implicação do AT e o *Sinthoma*, para melhor entendermos de que forma este conceito lacaniano poderá operar no contexto do AT.

Diante da caracterização do Acompanhamento Terapêutico, principalmente levando em conta sua função que engloba o encontro com as surpresas na vida de cada paciente, seu encontro com a cidade, com a instituição, com a família, enfim: considerando este encontro com o contingente, é importante situar esta característica na prática do AT.

2.4 Prudência e contingência

Já analisamos a mudança que ocorre no tratamento em saúde mental, que a partir da reforma psiquiátrica passa de um universo controlado dos hospitais para o tratamento em meio aberto, sujeito às contingências de variáveis não controláveis. Portanto, se agora estamos lidando com esta nova forma de tratamento, em que há o surgimento do Acompanhamento Terapêutico justamente pela especificidade deste novo modo de tratar o paciente, como pensar no encontro com o contingente de maneira a nos nortear?

Para melhor nos situarmos nesse assunto, consideramos importante abordar a questão da prudência, que está diretamente relacionada ao que é da ordem do contingente, conforme estabelecido por Aristóteles (Teixeira, 2012). A distinção que Aristóteles realiza entre ciência e prudência oferece uma melhor compreensão sobre a implicação da prudência com a contingência, conforme nos explica A. Teixeira (2012):

Diferentemente da ciência e da sabedoria, estruturados como saberes contemplativos daquilo que se apresenta enquanto necessário e imutável, o exercício da prudência diz respeito ao cálculo da ação referido ao dado contingente de uma realidade prática da qual fala Aristóteles no livro 6 de sua *Ética a Nicômaco*. (pp. 65-66).

Pierre Aubenque (2008), em seu livro *A prudência em Aristóteles*, afirma que “a prudência é uma disposição prática que concerne à *regra* da escolha” (p. 61, grifo do autor).

Esta regra da escolha diz respeito justamente ao domínio do fazer, em sua disposição prática, ou intenção. Mas o autor nos explica que esta definição poderia ser aplicada a qualquer virtude intelectual por ser muito ampla e assim distingue a prudência da sabedoria: o domínio da prudência seria o bem e o mal para o homem concreto situado em seu contexto e não em geral, que seria o domínio da sabedoria.

Além disso, P. Aubenque (2008) ressalta que Aristóteles não parte de uma essência da prudência, e sim de um nome. O nome *phronimos* (prudente) irá designar “um certo tipo de homem que todos sabemos reconhecer” (p. 62), e além disso, designa alguém que não opera com o transcendente, mas sim “move-se no nível do particular e fixa a cada um o justo meio que corresponde a sua particularidade” (p. 70).

Portanto, o que designa o homem prudente não se trata da sapiência, do saber pré-determinado ou da ordem do que é necessário (e paralelamente, científico) — trata-se de um saber que é manifestado a partir da contingência. Sendo assim, não seria um saber relacionado ao *savoir-y-faire avec*⁹? Vamos guardar esta questão para as próximas seções.

Se lembrarmos que Lacan, no *Seminário 20: Mais, ainda* (1972/1973), utiliza as categorias modais extraídas de Aristóteles: possível, impossível, necessário e contingente¹⁰, podemos compreender que o necessário (correlato da ciência) aponta para o que se escreve sempre, enquanto a contingência (correlata da prudência) diz daquilo que às vezes se escreve. Por isso se justifica a dualidade aqui recorrida entre ciência e prudência, no contexto da mudança no tratamento mental explicitado anteriormente. Se antes o tratamento era controlado cientificamente intramuros, a partir da reforma esse tratamento se abre para o encontro com o não sabido, o não controlável do contingente.

Diante disso, ao questionarmos o método do AT, é pertinente apreendermos o conceito de prudência e sua relação com o contingente. Se anteriormente falamos de uma lógica do contingente a partir da reforma psiquiátrica e o novo modelo de tratamento mental, agora podemos concernir esta mesma lógica a serviço de um método que se constrói na colocação em ato, entre o AT e seu paciente. Ou seja, pensar a contingência nesta clínica *peripatética*, que articula o dentro e o fora de maneira *asférica*, conforme explicitamos anteriormente.

⁹ Podemos traduzir esta expressão francesa como *saber fazer com isso*, ou seja, saber se virar. Veremos esta expressão mais detidamente na terceira seção.

¹⁰ Neste seminário, ao abordar a questão da linguagem e da escrita, Lacan (1972/1973) utiliza cada categoria modal da seguinte maneira: o *possível* como o que cessa de se escrever (ao se escrever, cessa), o *impossível* como o que não cessa de não se escrever (não se escreve), o *necessário* como o que não cessa de se escrever (se escreve sempre) e o *contingente* como o que cessa de não se escrever (às vezes se escreve).

Temos um exemplo interessante, a respeito disso, de uma acompanhante terapêutica e o recurso que esta encontra no momento em que se depara com seu paciente. Esta experiência é relatada por A. Teixeira (2011):

ao se ver diante de um psicótico grave, que residia numa habitação em ruínas em estado de quase mutismo, ela nota que a gaiola do canário era ali o único espaço relativamente bem cuidado. Ela consegue então romper o mutismo desse paciente, iniciando uma conversa sobre o pássaro que ele tão bem mantinha, não porque se interessasse por ornitologia, evidentemente. Mas isso não impede que o caminho que dá acesso ao paciente se configure no momento em que ela se coloca em movimento. (p. 5).

O saber que convoca a at para uma conversa sobre o pássaro do paciente não está pré-determinado, e muito menos há um conhecimento prévio acerca da ornitologia: é a inventividade da at que se manifesta no momento deste encontro, diante de um dado contingente. Isto é algo que se apresenta na clínica do AT, quando quem está na posição de acompanhante terapêutico se vê convocado a observar o que o encontro com o contingente oferece enquanto suporte do laço social.

A. Teixeira (2012) nos convida a reabilitar o conceito de prudência na clínica psicanalítica, para dar conta do que é da ordem do contingente no sofrimento. Aliás, Miller (2011a) nos afirma que

a verdadeira psicanálise, no sentido de Lacan, é aquela que se põe no rastro do desejo e visa isolar, para cada um, sua diferença absoluta, a causa de seu desejo na sua singularidade, eventualmente a mais contingente. Disse eventualmente! A causa do desejo para cada um é *sempre contingente* (p. 31, grifo nosso).

Esta citação de Miller encontra-se em seu livro *Perspectivas dos Escritos e Outros escritos de Lacan*, em que o autor irá analisar a psicanálise do ponto de vista pragmático, a partir do furo entre a estrutura que organiza os conceitos fundamentais e a contingência. Nisso, Miller (2011a) nos traz um apontamento importante a respeito do uso da palavra *setting*, que seria utilizada de maneira equivocada, visto que Lacan se refere ao discurso. “O *setting* é um conceito barroco que mistura ao mesmo tempo dados de estrutura e dados secundários, como instalação, número de encontros, etc. Não se trata do *setting*, mas do discurso analítico” (pp. 25-26).

Interessante notar que utilizamos a palavra *setting* ao caracterizar o espaço do AT: trata-se de um *setting* fora do consultório. Seria um ato falho? Sim, um ato falho marcado pela estrutura com a qual nos familiarizamos, marcada pelo atendimento dentro das paredes de um consultório. Portanto, devemos nos atentar a isso que escapa na contingência, ao furo apontado por Miller, pois é com isso que o AT irá se haver.

Mesmo afirmando que a psicanálise necessita considerar sempre o caso a caso, se guiando pelo preceito freudiano de considerar cada caso como se fosse o primeiro, não podemos nos esquecer que também é necessária uma formalização, pois é preciso “encontrar um modo de articulação da singularidade subjetiva ao universal do discurso em que sua solução se transmite” (Teixeira, 2016, p. 347). Esta articulação nos remete ao invariante do caso, ao singular do gozo, já presente em Freud quando este nomeia seus casos clínicos, tais como “o homem dos ratos” ou “a jovem homossexual”. Ou seja, o invariante nos indicará uma constância, aquilo que é sempre recorrente, o encaminhamento da pulsão: elementos que poderão nortear a condução do caso.

A próxima seção contemplará o desenvolvimento da clínica das psicoses, de uma clínica da forclusão do Nome-do-Pai a uma clínica dos nós borromeanos. Veremos de que maneira o conceito de psicose ordinária nos abre uma possibilidade de considerar as soluções singulares de cada sujeito, para além de uma estrutura mais delimitada. Posteriormente abordaremos o tratamento do Outro, bem como outros conceitos concernentes à psicanálise nas instituições, que nos servirão como balizas clínicas para a atuação do AT. Estas balizas servem para orientar um método do AT, para provê-lo de uma disposição prática que esteja amparada pela clínica psicanalítica. Se somarmos toda a discussão realizada sobre a prudência e a contingência a esta necessidade de uma formação teórica, o AT poderá cumprir seu papel para além de uma companhia — para além de um destino *à la* Sancho Pança.

3 SOLUÇÕES SINGULARES NA CLÍNICA DAS PSICOSES

Considerando a psicanálise enquanto norteadora da prática do AT, é imprescindível entendermos como se opera a clínica psicanalítica com a psicose. Sabemos dos impasses de Freud, que em decorrência da transferência e do mecanismo de defesa da psicose abrem o caminho para o posterior estudo de Lacan.

Primeiramente temos uma clínica lacaniana das psicoses marcada pelo retorno a Freud, para o qual o conceito de *Verwerfung* é central. A forclusão do Nome-do-Pai como mecanismo da psicose demarca a posição deste sujeito em relação ao Outro, quando temos uma invasão do gozo que vem desse Outro. Já a segunda clínica é marcada pela queda dos conceitos centrais que imprimem todo o modo de tratamento da psicose: agora tanto neuróticos quanto psicóticos devem se haver com o gozo que permanece.

Nesta seção, iremos perpassar como se dá a clínica da psicose em diferentes momentos da psicanálise. Começaremos com Freud e o primeiro ensino lacaniano, para depois situar de que maneira a segunda clínica lacaniana e o conceito de psicose ordinária, desenvolvido por Jacques-Alain Miller, suscitam uma transformação na prática analítica. Um ponto essencial desta virada é a mudança de um saber prévio calcado na estrutura para o saber que vem das soluções singulares de cada paciente.

Em seguida, utilizaremos o conceito de tratamento do Outro, proposto por Alfredo Zenoni, para compreender de que forma ele poderá se aplicar na prática do AT, contribuindo para uma regulação do Outro para o sujeito psicótico. Este conceito implica na própria transferência, em que o cálculo deve contemplar a diluição dos efeitos persecutórios que esta relação comporta.

Por último, iremos analisar os conceitos advindos da prática psicanalítica nas instituições, considerando que o AT se desenvolve muitas vezes num ambiente institucional. A partir de dois fragmentos clínicos, propomos a elucidação do AT dentro de uma lógica que considera o saber do paciente como norteador da condução do caso.

3.1 De Freud a Lacan

A partir do estudo das memórias do presidente Schreber, descrito em *Notas psicanalíticas sobre o relato autobiográfico de um caso de paranoia*, Freud (1911/1969) nos aponta uma importante contribuição: a de que o delírio do psicótico seria, em vez de um sintoma a ser eliminado, uma tentativa de cura, visto que “a formação delirante, que presumimos ser um

produto patológico, é, na realidade, uma tentativa de restabelecimento, um processo de reconstrução” (Freud, 1911/1969, pp. 94-95). Aliás, na segunda seção deste trabalho já foi ressaltado o movimento que Freud faz de reinserir a loucura no âmbito do tratamento e da teorização, após um histórico de silenciamento.

Dois textos freudianos de 1924 são importantes para compreendermos a maneira que Freud teoriza sobre a psicose, em sua diferença estrutural com a neurose. Em “Neurose e Psicose”, Freud (1924/2016a) demarca a diferença entre cada estrutura a partir do conflito entre o Eu e o Isso, no caso da neurose, e entre o Eu e a realidade externa, no caso da psicose. Neste texto, Freud (1924/2016a) também faz menção ao delírio assim como no texto sobre Schreber, afirmando que se trata de um “remendo” (p. 273) entre o Eu e o mundo externo. Inicialmente, a diferença entre neurose e psicose se manifesta enquanto dúvida de Freud sobre qual seria o mecanismo que ocorreria na psicose, quando há o desligamento do Eu ao mundo exterior, visto que na neurose se trata do recalçamento.

O segundo texto freudiano, “A perda de realidade na neurose e na psicose”, traz novamente uma diferença entre neurose e psicose a partir da perda da realidade para ambas. Segundo Freud, “a perda da realidade diz respeito exatamente àquela parte de realidade a partir de cuja exigência ocorreu o recalçamento da pulsão” (1924/2016b, p. 280). Tanto neuróticos quanto psicóticos estarão às voltas com esta perda da realidade, seja através de uma fuga ou um “não querer saber”, como no caso da neurose, seja através de uma reestruturação ou substituição, como é o caso da psicose. O mais interessante é o que Freud ressalta em relação à imbricação desejável das duas estruturas: “chamamos de normal ou ‘saudável’ uma conduta que reúna determinados traços de ambas as reações: que recuse tão pouco a realidade como a neurose, mas que se esforce, como a psicose, para modificá-la” (1924/2016b, p. 282). Apesar disso, já temos em Freud uma separação muito clara entre neurose e psicose, algo que permeará a clínica estrutural em Lacan.

A ampliação dos estudos de Freud sobre a psicose, principalmente em sua distinção da neurose, não impede o obstáculo da indicação de seu método criado àqueles pacientes considerados psicóticos.

Quando analisa os escritos de Schreber, Freud (1911/1969) diz da impossibilidade de se aceitar ou conduzir o tratamento destes sujeitos por muito tempo, e isso se dá devido ao impasse da transferência. Em “O inconsciente”, de 1915, o autor aponta para o abandono dos investimentos objetais, ou seja, há um refúgio da libido sobre o Eu e conseqüentemente a rejeição do mundo exterior (conforme ele desenvolve mais tarde sobre a perda da realidade na psicose), apontando para uma incapacidade da transferência nestes casos (Freud, 1915/1996).

Por isso mesmo, há uma diferença entre as neuroses ditas narcísicas (paranoia, esquizofrenia e melancolia), que impedem o movimento da transferência, e as neuroses de transferência (histerias e neuroses obsessivas), que possibilitam este trabalho psicanalítico.

Além da questão da transferência, há a dúvida sobre o mecanismo de defesa da psicose, colocada no texto “A perda de realidade na neurose e na psicose”. Ali o mecanismo psíquico denominado *Verleugnung*¹¹ (desmentido) é relacionado à psicose (e não à perversão), mas ao longo da obra de Freud o termo permanecerá e será correlato tanto da psicose quanto da perversão. Apenas em Lacan teremos uma conceituação mais específica do mecanismo da psicose, a *Verwerfung*.

Portanto, a partir de Lacan o obstáculo teórico e clínico de Freud será retomado. O estudo que Freud faz a partir dos escritos de Schreber serve de objeto teórico de Lacan no *Seminário 3: As psicoses*. No início desse seminário, Lacan (1955-1956/1985) afirma que Freud falou em tratamento da psicose apenas de maneira alusiva e introduz que será a partir da doutrina freudiana, em conjunto com as noções elaboradas em seus estudos, que este tema seria analisado.

Em sua primeira clínica¹², Lacan se apropria do termo *Verwerfung*, conceituando-o como forclusão¹³. No texto “De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose”, Lacan afirma que

A *Verwerfung* original será tida por nós, portanto, como forclusão do significante. No ponto em que, veremos de que maneira, é chamado o Nome-do-Pai, pode pois responder no Outro um puro e simples furo, o qual pela carência de efeito metafórico, provocará um furo correspondente na significação fálica. (Lacan, 1957-58/1998, p. 564).

Nesta primeira clínica da primazia do significante e do registro simbólico¹⁴, vemos que no caso das psicoses há a forclusão do significante Nome-do-Pai, que a partir da metáfora

¹¹ Trata-se de um mecanismo psíquico de negação. Cada estrutura clínica freudiana terá um mecanismo correlato: a *Verdrängung* (recalque) na neurose, a *Verwerfung* (rejeição em Freud e forclusão em Lacan) na psicose e a *Verleugnung* (desmentido) na perversão.

¹² No presente trabalho nos remeteremos às duas clínicas (ou dois ensinamentos) de Lacan: a primeira clínica, estruturalista, que vai de 1953 a 1970, e a segunda clínica dita borromeana, que vai de 1970 até o final de sua obra. As particularidades de cada clínica serão explicitadas e analisadas ao longo desta seção.

¹³ Do francês *forclusion*, que é retirado do âmbito jurídico e diz respeito a um processo prescrito, ou seja, que perdeu a validade diante de um prazo determinado. Em português, o termo referente seria preclusão.

¹⁴ O registro Simbólico, juntamente com os registros Real e Imaginário, compõem os registros psíquicos formulados por Lacan. De acordo com Roudinesco (1998), o conceito de Real “designa a realidade própria da psicose (delírio, alucinação), na medida em que é composto dos significantes forcluídos (rejeitados) do simbólico” (p. 645). Já o Simbólico designa “um sistema de representação baseado na linguagem, isto é, em signos e significações que determinam o sujeito à sua revelia [...]” (p. 714). Por fim, o Imaginário seria o “correlato da

paterna simboliza a Lei. Em relação a Schreber, sabemos que o desencadeamento de sua psicose ocorre quando ele assume o cargo de presidente da corte de apelação de Dresden. Ou seja, frente a um chamado simbólico há um furo. E é nesse momento que um pensamento em particular invade Schreber: o de ser mulher no ato da cópula (Freud, 1911/1969).

A metáfora paterna indica a mediação da função paterna na relação entre a criança e a mãe, conforme se coloca na seguinte fórmula:

$$\frac{\text{Nome-do-Pai}}{\text{Desejo da Mãe}} \cdot \frac{\text{Desejo da Mãe}}{\text{Significado para o sujeito}} \rightarrow \text{Nome-do-Pai} \left(\frac{A}{\text{Falo}} \right)$$

Figura 2. Fórmula da metáfora paterna.
Fonte: Lacan (1957-58/1998, p. 563).

Trata-se de uma metáfora justamente porque um significante será substituído por outro significante. A função paterna (enquanto Nome-do-Pai) deverá interditar a mãe: o Desejo da Mãe, que tem um significado enigmático para o sujeito, será substituído pelo Nome-do-Pai. Esse desejo então se dará na forma do falo, que é o significante do desejo no campo do Outro (o A em maiúscula).

Se não há um terceiro incluído na relação mãe e filho, o sujeito fica às voltas com o Desejo da Mãe, esse Outro primordial. Falta-lhe recurso para dar conta desse desejo materno, o que o coloca como objeto de gozo do Outro. Sem o aparato simbólico para dar conta deste gozo excessivo, o que está foracluído retorna no Real, como, por exemplo, a partir das alucinações.

O Lacan estruturalista ainda conceitualiza a psicose a partir da neurose, visto que a metáfora paterna corresponde justamente ao Complexo de Édipo freudiano — o que dá à neurose o tom de “normalidade”, sendo aquela que tem o Nome-do-Pai bem constituído.

No caso da psicose, devido à não efetivação da metáfora paterna, conseqüentemente o foco será na suplência para esta metáfora. Freud já apontava o delírio enquanto uma autocura, e Lacan (1957-58/1998) irá propor a metáfora delirante enquanto estabilização da psicose, ao analisar a substituição que Schreber faz da metáfora paterna que falhou, pelo sistema delirante. No caso de Schreber, a metáfora delirante de ser a mulher de Deus para constituir uma nova humanidade cumpre o papel de estabilizá-lo. Esta metáfora vem em resposta ao sofrimento de

expressão do estádio do espelho e designa uma relação dual com a imagem do semelhante [...]” (p. 371). Na primeira clínica de Lacan, o Simbólico ocupava uma posição predominante diante das outras duas instâncias (e a ordem das instâncias era Simbólico, Imaginário e Real – SIR); já em sua segunda clínica, temos uma mudança da posição entre as instâncias, sendo que Lacan confere ao Real a primazia de sua organização (e a ordem passa a ser Real, Simbólico e Imaginário – RSI).

se transformar em mulher para ser abusado pelo seu médico, na figura de perseguidor. No delírio o sujeito tenta criar um sentido para este furo que se apresenta na relação com o Outro, organizando o seu mundo.

Então, qual seria a função do analista no primeiro ensino lacaniano? Se o próprio sujeito realiza uma interpretação através de seu delírio, no lugar de interpretar, cabe ao analista secretariar. Lacan propõe o trabalho do analista enquanto secretário do alienado no *Seminário 3*, quando afirma “não só nos passaremos por seus secretários, mas tomaremos ao pé da letra o que ele nos conta — o que até aqui foi considerado como coisa a ser evitada” (1955-1956/1985, p. 236). O trabalho do analista, enquanto secretário, estaria em acompanhar o sujeito na construção que ele realiza frente à invasão do gozo do Outro.

Em relação ao nosso objeto de estudo, o AT, é importante salientar, a partir destas considerações acerca da primeira clínica lacaniana, que podemos pensar a posição do at enquanto secretário do alienado. A partir de seu encontro com o sujeito psicótico, há a possibilidade de se construir um lugar de escuta e acolhimento deste paciente, fazendo borda frente ao gozo invasivo. Mas o cuidado é justamente com esta posição, visto que o risco do at (assim como o analista) ocupar o lugar do Outro invasor é demasiado grande. Iremos discutir mais detalhadamente a respeito deste cuidado a ser tomado ao lançarmos mão da proposta do “tratamento do Outro”.

Para considerar a função de secretário do alienado, a noção de metáfora delirante é fundamental, pois o trabalho se efetiva no acompanhamento ou testemunho junto ao paciente de suas construções que atuam como suplência da foraclusão. Porém, nem todos os sujeitos psicóticos constroem este tipo de suplência, visto que nem todos estabelecem um delírio bem constituído. Podemos observar este fato principalmente ao considerarmos nossa prática clínica atual, com demandas que englobam desde as toxicomanias aos transtornos alimentares, passando por diversos sintomas consonantes com as particularidades de nossa atualidade, o que muitas vezes acarreta dificuldades diagnósticas.

Além disso, nesta primeira clínica lacaniana temos o que A. Zenoni (2000) denomina “oposição binária”, ou seja, “a distinção entre a neurose e a psicose se faz sob a base da presença ou ausência do significante do Nome do Pai, no plano da estrutura” (Zenoni, 2000, p. 33). A psicose é marcada pelo *déficit* em relação à neurose devido à não inscrição do significante do Nome-do-Pai.

O segundo momento do ensino de Lacan terá a característica de relativizar o binarismo entre as duas estruturas, amenizando a rigidez do determinismo da estrutura a partir do Nome-do-Pai. A mudança da primazia do Simbólico para o Real trará consigo consequências na teoria

e na prática clínica. Em relação à psicose, a metáfora delirante de Schreber dará lugar à solução singular inventada por James Joyce, cuja abordagem demandará um seminário inteiro.

A partir do segundo ensino de Lacan, teremos a inserção de um conceito por Jacques-Alain Miller que reforçará a mudança na clínica das psicoses, demarcando a solução singular de cada sujeito em detrimento de um saber prévio da estrutura. Estamos falando da Psicose Ordinária, pensada no final dos anos 1990. Este conceito imprime reverberações dentro da clínica psicanalítica, que serão abordados no próximo tópico em consonância com o segundo ensino lacaniano.

3.2 Segunda clínica de Lacan e Psicose Ordinária: subversões

“Eu te batizo neurótico se há o Nome-do-Pai, e eu te batizo psicótico se ele não existe” (Miller, 2010). A provocação de Miller vai ao encontro do questionamento acerca da rigidez clínica suportada pelo significante do Nome-do-Pai. Segundo o autor, em “Efeito do retorno à psicose ordinária”, muitos casos extraídos da prática clínica já não demonstravam uma diferença nítida entre neurose e psicose, e o benefício da dúvida dificultava um diagnóstico preciso.

Antes de versar sobre a criação de Miller, é importante destacar a mudança que ocorre no ensinamento de Lacan após os anos 1970, onde há uma relativização do binarismo indicado acima. Grande parte desta mudança é o corolário da ascensão da teoria do gozo¹⁵ e da primazia do Real em relação aos outros registros Imaginário e Simbólico.

A. Zenoni (2000), ao tratar das diferenças no ensino de Lacan acerca da psicose, traz um ponto importante que se verifica a partir da segunda clínica: “um ponto na estrutura que é comum a todos os seres falantes e que é essa ausência de um significante último, de uma garantia do Outro e de uma reabsorção completa do gozo no simbólico. Há sempre, para todos os seres falantes, um gozo que permanece” (p. 33). O que entra em jogo nesta segunda clínica é justamente o tratamento a que cada um se propõe para o retorno do gozo; por isso, a resposta está do lado do sujeito.

O gozo que permanece, e que é comum a todos os seres falantes, indica a chave para repensar a prática a partir desta ruptura em Lacan. Mas, antes mesmo de adentrarmos no Lacan dos anos 1970, é importante salientar que, com a introdução do conceito de objeto *a* no

¹⁵ Para saber mais sobre o gozo na teoria lacaniana, recomendamos a leitura do texto “Os seis paradigmas do gozo”, de J-A. Miller. Recuperado a partir de: http://opcaolacanianana.com.br/pdf/numero_7/Os_seis_paradigmas_do_gozo.pdf

Seminário, livro 10: A angústia (1962-1963/2005), já temos o indício da mudança de Lacan. Com este conceito, torna-se mais claro que a partir da operação da linguagem sobre os sujeitos, o objeto *a* surge como resto, ou seja, é o que resta quando o Outro é barrado pelo Nome-do-Pai, indicando assim uma falta. Ao mesmo tempo, o objeto *a* enquanto causa de desejo é colocado no campo do Outro: temos então a busca por este objeto que ocorre incessantemente, mas ao mesmo tempo trata-se do objeto perdido, do resto que é inapreensível. O objeto *a* evidencia a falta no Outro, bem como a prevalência do Real sobre o Simbólico, visto que enquanto resto que aponta para o Real em jogo este objeto é inapreensível pelo Simbólico.

Esta inconsistência do Outro está tanto para a neurose quanto para a psicose, e isto acarretará na pluralização do Nome-do-Pai: agora este significante não terá prevalência no ordenamento simbólico do Outro, já que este apresenta a falta estrutural.

O *Seminário 20* é condensador desta mudança no ensino de Lacan. Neste seminário, conforme nos indica Miller (2012), há o desmoronamento de conceitos que até então ordenavam simbolicamente o sujeito: o Outro, o Nome-do-Pai, o símbolo fálico. Também a linguagem apresentará uma mudança em seu estatuto, com a criação do termo *lalíngua*¹⁶, que contém em si o “gozo do blablablá” (p. 38). Tudo isso para dizer que a primazia do Simbólico cede lugar ao Real que escapa, ao gozo que resta, às suplências que servem de conectores no lugar desses operadores que ordenavam simbolicamente tudo e todos.

A segunda clínica lacaniana será regida pelos nós borromeanos e pela criação do conceito de *Sinthoma*, conforme veremos na quarta seção. Real, Simbólico e Imaginário, representados pelos nós, terão o seu enodamento de acordo com o funcionamento de cada sujeito. O Nome-do-Pai poderá ser o quarto elo que mantém tudo enodado, assim como a realidade psíquica e o *Sinthoma*. Ressaltamos então que o Nome-do-Pai não se torna um operador “desmoronado”, como indicado por Miller: há uma ruptura quanto à operatividade dele enquanto central na teoria lacaniana, mas ainda é importante considerar sua função enquanto pluralizada, ou nas palavras de Lacan, “podemos sobretudo prescindir [do Nome-do-Pai] com a condição de nos servirmos dele” (1975-1976/2007, p. 132).

Sobre o *Sinthoma* enquanto uma solução estabilizadora que cada um constrói, James Joyce é o exemplo mais claro disto: com sua escrita e com o seu nome, ele constrói a sua suplência. Em seu caso, não houve uma metáfora delirante que se fizesse de suplência para a

¹⁶ *Lalíngua* é “a fala antes do seu ordenamento gramatical e lexicográfico” (Miller, 2012, p. 38). Conforme nos explica o autor, a partir da criação deste conceito há a própria mudança da concepção da fala, que passa a ser concebida como gozo, e não somente como comunicação.

metáfora paterna, e sim um *savoir-y-faire avec*, que traduzimos como um *saber fazer com seu sintoma*, a partir da construção do *Sinthoma*.

Sobre a expressão *savoir-y-faire avec*, A. Guerra, A. Figueiredo, L. Borçato, P. Souza, e C. Andrada (2008) nos afirmam que não há tradução do português para o pronome *y*, que não significa nada, mas faz referência a algo que escapa. “E é para tentar dar conta disso que escapa que o discurso vem em socorro. Tudo o que se diz a partir do inconsciente participa do equívoco, da debilidade do mental — que se coloca para todos enquanto insuficiência da linguagem” (Guerra et al., 2008, p. 284). O *savoir-y-faire avec* diz respeito à invenção a que cada sujeito se propõe para lidar com essa insuficiência da linguagem e do Outro: é o saber se virar com isso. Por isso, na segunda seção, questionamos se a noção de prudência não estaria relacionada a esta expressão francesa. Fica mais evidente, a partir de agora, esta conexão entre prudência e *savoir-y-faire avec*: ambas se relacionam com o que advém da contingência para cada ser falante.

Seguindo a relativização da segunda clínica no tocante às psicoses, Miller (2010) propõe o conceito de psicose ordinária. A criação vai ao encontro do embaraço do diagnóstico na clínica, com o surgimento de casos que não evidenciavam uma estrutura demarcada de neurose ou psicose. A partir desta dúvida, Miller atesta: se há dificuldade em reconhecer uma neurose, pode se tratar de uma “psicose velada” (2010, p. 6).

Mas se Miller (2010) diz que este conceito não tem uma definição rígida, e que não se trata de uma categoria objetiva, mas epistêmica, de que maneira poderemos nos servir dele? Será a partir dos “pequenos indícios” (p. 13), a serem observados numa externalidade social, corporal e subjetiva. A primeira externalidade diz respeito à relação negativa ou positiva com a identificação social, ou seja, ao desligamento ou ao investimento excessivo no trabalho. A externalidade corporal se refere às invenções que o sujeito se propõe para prender o seu corpo nele mesmo, como o uso de *piercings* e as tatuagens. Já a externalidade subjetiva diz da experiência do vazio, com um negligenciamento que o sujeito faz de si.

A orientação de Miller, a partir de como o sujeito lida no social, com o corpo e subjetivamente, consiste em uma bússola para esta clínica dos pequenos indícios. No entanto, Miller aponta para a importância de “reencontrar a clínica psiquiátrica e a psicanalítica clássica” (2010, p. 15), para não incorrer num uso que se embasa pelo não saber. Este é um risco muito sério: a banalização de um conceito, por mais que este não se encontre como uma categoria clínica objetiva.

Outra questão surgida a partir da criação do conceito é apresentada por A. Teixeira (2015), quando Miller afirma ser o Nome-do-Pai um predicado, ou seja, algum elemento poderá funcionar para o sujeito *como* um Nome-do-Pai, com a propriedade desse significante. Para A.

Teixeira (2015), ao considerar esta forma de predicado, perde-se a possibilidade de identificar o enlaçamento sintomal a partir da função fálica, que poderá ter a função de distinguir neurose e psicose a partir de sua presença ou ausência. Sabemos que o falo está atrelado ao Nome-do-Pai na neurose, conforme explicitamos anteriormente. O sintoma na neurose, a partir de sua solução fálica, permite predicados contraditórios, pois há uma subtração simbólica em jogo. No caso da psicose, o sintoma se enlaça com a forclusão do Nome-do-Pai: algo faz sua suplência, mas deixa de fora a questão fálica. Portanto, ao contrário da neurose, o sintoma na psicose não irá admitir a contradição: nesse caso poderá se desencadear. Esta lógica fálica, de acordo com o autor, poderá indicar a diferença entre as soluções sintomáticas para a neurose e para a psicose, mas sem retomar uma clínica binária mais rígida.

O estatuto da psicose na segunda clínica lacaniana abre o caminho para se acolher o saber do paciente, pois vimos claramente que o saber prévio sobre a estrutura agora não detém mais a centralidade na condução dos casos. O conceito de psicose ordinária também contribui para se pensar nas soluções inventivas de cada sujeito, que escapam às nomenclaturas diagnósticas ditas clássicas.

Este novo arranjo na condução clínica dos pacientes nos leva a extrair os conceitos operacionais para a clínica do AT, embasada nesse saber que vem do sujeito. Os próximos tópicos desta seção nos apresentarão de que forma o tratamento do Outro, o diagnóstico do discurso e o invariante do caso poderão orientar a prática do AT em seu caminho rumo ao desconhecido.

3.3 O tratamento do Outro

O conceito de Outro é fundamental em Lacan. A mudança que ocorre da palavra outro em minúsculo para a palavra *Outro* em maiúsculo é justamente para se desvincular do outro como próximo, como semelhante. O Outro constitui assim uma alteridade enquanto campo.

No *Seminário 3*, Lacan (1955-1956/1985) nos diz que o Outro está excluído na fala delirante. E nos explica: “O Outro, com um A¹⁷ maiúsculo, eu lhes disse que ele estava excluído, enquanto detentor do significante. Por isso ele é tanto mais potentemente afirmado, entre ele e o sujeito, no nível do outro com minúscula, do imaginário” (1955-1956/1985, p. 221). Ou seja, no caso da psicose no *Seminário 3*, o Outro enquanto organizador da estrutura Simbólica não se efetiva, fazendo com que o outro enquanto semelhante ocupe este lugar. A consequência

¹⁷ Em francês, a palavra “outro” é traduzida como “*autre*”, por isso Lacan a denomina com o A maiúsculo.

desta operação, como já abordamos anteriormente, consiste no Outro enquanto invasor e conseqüentemente numa invasão de gozo para o psicótico.

O conceito de objeto *a* nos ajuda a compreender esse Outro invasivo que ocorre na psicose. Como já sabemos, trata-se de um resto que é inassimilável pelo Simbólico. No caso da neurose, a fantasia responde de forma a contornar o furo deixado pela extração do objeto *a*. Ao mesmo tempo, o objeto *a* enquanto causa de desejo é colocado no campo do Outro, e há a busca por este objeto, mesmo sendo inapreensível.

No caso da psicose, ocorre o contrário: ao invés da falta, tem-se a presença excessiva. A não extração do objeto *a* reforça o excesso de gozo do Outro da qual sofre o psicótico. E enquanto o neurótico busca no campo do Outro esse objeto que falta, o psicótico encarna aquele que possui o que falta ao Outro. Por isso mesmo é alvo desse Outro invasor, que vai procurá-lo, amá-lo, odiá-lo...

Se este Outro se apresenta como invasor, podemos localizar o trabalho do Acompanhamento Terapêutico em construir com o sujeito psicótico um Outro habitável, da mesma forma como ocorre com o trabalho do analista.

Alfredo Zenoni (2006) propõe a expressão “*le transfert de l’Autre*”, ou seja, a *transferência do Outro*. A imposição do desejo do Outro sobre o psicótico embasa a característica principal desta relação e conseqüentemente a própria transferência. Conforme nos aponta A. Zenoni, “o fato de estar na posição de causa primordial do interesse do Outro é o que caracteriza a estrutura do laço psicótico ao Outro”¹⁸ (2006, p. 3, tradução nossa).

Por isso torna-se essencial pensarmos na relação do sujeito psicótico com o Outro, tendo como suporte a transferência. Mas fica a questão: “Que Outro nós devemos encarnar para não reproduzir ou prolongar o Outro da transferência originária¹⁹”? (Zenoni, 2006, p. 16, tradução nossa). Para o autor, primeiramente devemos “tratar” a nossa transferência, para então nos distinguirmos do Outro excessivo. Assim, a lógica é não nos deixarmos levar pelas ambições terapêuticas que possamos ter diante do paciente, assim como já vimos ao problematizarmos a noção de assistencialismo na saúde mental, na segunda seção. Se formos seguir o que achamos melhor para nosso paciente, o mesmo estará na posição de objeto: objeto do Outro.

Diante disso, o autor nos traz a importância de considerar a noção de *instrumento*, ou seja, do uso que o sujeito pode fazer. Temos então a prevalência da posição de secretário do

¹⁸ “*Le fait d’être dans la position de cause première de l’intérêt de l’Autre est ce qui caractérise la structure du lien psychotique à l’Autre*”.

¹⁹ “*Quel Autre devons-nous incarner pour ne pas reproduire ou prolonger l’Autre du transfert originaire?*”

alienado, conforme o primeiro ensino lacaniano. Esta seria uma posição de recebimento, reconhecimento (Zenoni, 2006).

Desde já é possível constatar a possibilidade do trabalho do AT em consonância com esta orientação de tratamento do Outro. Aliás, o primeiro ponto que Zenoni nos traz acerca de nos abstermos de nossas pretensões no andamento do caso já sintetiza um direcionamento importante para o at, justamente por ele estar às voltas com o paciente e sua relação na instituição. O cuidado é o de se desvencilhar de uma posição de depositário dos ideais terapêuticos vindos da instituição: ao at cabe transmitir ao acompanhado a noção de instrumento, para que o paciente possa se servir tanto do AT como da instituição.

A. Zenoni (2006) enumerou duas formas de operacionalização do tratamento do Outro: pela regulação e pela pluralização. Perceberemos que ambas as formas de operacionalização dizem respeito a desencarnar o Outro para o psicótico, não o localizando em alguém de maneira concreta.

Sobre a regulação, temos a questão da autoridade.

O Outro se apresenta como “resolvido” quando a autoridade dos responsáveis é assumida de forma a ser ela mesma submetida à autoridade superior de uma lei que se aplica aos próprios responsáveis. A autoridade é então reconhecida mais como um fato de responsabilidade do que como um fato de poder²⁰ (Zenoni, 2006, p. 19, tradução nossa).

Seria o caso por exemplo de explicar a um paciente judiciário que o seu tratamento é estabelecido pela lei, que se aplica tanto ao juiz quanto aos profissionais que lhe atendem. Assim, evita-se a possibilidade de localização do Outro soberano na figura do juiz, do psicólogo ou mesmo do acompanhante terapêutico, visto que estes estão submetidos a um ato de responsabilidade, e não ao poder que supostamente teriam.

A outra forma de operacionalização consiste na pluralização do Outro, pensando em um contexto institucional. “A pluralização do Outro é, para nós, uma forma de tratar a nossa transferência, isto é, tratar a potencialidade da erotomania ou da perseguição que a ‘transferência do Outro’ comporta²¹” (Zenoni, 2006, p. 20, tradução nossa). Com a pluralização,

²⁰ “*L’Autre se présente comme « réglé » lorsque l’autorité des responsables est assumée de façon à être elle-même soumise à l’autorité supérieure d’une loi qui vaut pour les responsables eux-mêmes. L’autorité est alors reconnue plus comme un fait de responsabilité que comme un fait de pouvoir*”.

²¹ “*La pluralisation de l’Autre est, pour nous, une manière de traiter notre transfert, c’est-à-dire de traiter la potentialité d’érotomanie ou de persécution que le ‘transfert de l’Autre’ comporte*”.

há uma diluição dos efeitos persecutórios da transferência do Outro, sendo que esta condição está estritamente ligada à noção da prática de vários.

De acordo com Virginio Baio (2010), a prática de vários concentra-se na máxima “saber não saber” (p. 56), tratando-se então do saber a ser construído pelo sujeito psicótico — e não pelos técnicos que o atendem —, conforme já enfatizamos anteriormente. A partir desta prática, há o esvaziamento do saber veiculado por um discurso institucional previamente calculado.

Outra dimensão apontada por Zenoni (2006) é a da palavra. Segundo o autor, o registro semântico sempre comporta algo de mal-entendido, de obscuro. Diante disso, trata-se de não interpretar impondo um sentido na fala. O cuidado deve ser justamente o de reduzir os efeitos de significado, por exemplo através de cortes e pontuações em casos de interpretações infinitas por parte do sujeito psicótico, o que o autor denomina como um outro modo de nomear esse gozo desenfreado.

Ainda sobre esta dimensão, diante da certeza psicótica, Zenoni (2006) irá salientar que não se trata de negar as certezas do paciente, e sim de introduzir desvios. Ele dá o exemplo de um paciente que ouve vozes de pessoas mortas, inclusive de sua avó, e que acredita no Espiritismo, estando às voltas com isso em sua vida. Uma atitude de desvio seria mover a dimensão do espírito contida no Espiritismo para uma dimensão espiritual. Assim, concordar com o paciente que nem tudo em nossa realidade é material poderá amenizar tanto a certeza quanto a devastação contida no Espiritismo (Zenoni, 2006).

Dentro desta perspectiva, não podemos deixar de ressaltar o uso das platitudes²² discursivas, através do que Zenoni (2006) indica enquanto esforço do analista em reduzir a intensidade semântica do significante. O exemplo dado acima ilustra o que o autor indica como necessário: a neutralização da dimensão obscura da palavra, do Espiritismo invasivo à realidade espiritual que nos cerca.

Dois conceitos relacionados à clínica das psicoses se encaixam nesse terreno do tratamento do Outro, também em uma dimensão da platitude. Trata-se da *trivialização* e do *vínculo frouxo*.

O primeiro conceito é proposto por Miller e comentado por Cristiana Ferreira e Maria Rachel Trópia. Segundo as autoras, “trivializar é trazer para o atendimento a dimensão do cotidiano: relação familiar, relações sociais, atividades, interesses, projetos, enfim, aspectos do dia-a-dia” (Ferreira & Trópia, 2010, p. 126). A ideia deste conceito é produzir um semblante de diálogo, um vínculo frouxo, evitando-se assim os efeitos erotômanos ou mesmo

²² Segundo o dicionário Michaelis, platitude é a “qualidade ou caráter do que é banal ou trivial”. Recuperado a partir de: <http://michaelis.uol.com.br/busca?r=0&f=&t=&palavra=platitude>

persecutórios da relação com o psicótico (Ferreira & Trópia, 2010). Antônio Beneti (1996) ressalta que o vínculo frouxo diz respeito a “um manejo silencioso por parte do analista, sem palavras, que se dá, por exemplo e, principalmente, através do número de sessões, da frequência, do tempo curto, dos intervalos entre uma sessão e outra etc., mantendo-se sempre um intervalo no eixo do imaginário” (p. 94). Com isso, evita-se que o analista seja mantido no lugar de um Outro excessivo, a partir do intervalo que se coloca neste tipo de vínculo.

Se ambos os conceitos acima estão relacionados ao analista, e considerando a psicanálise enquanto norteadora do AT, podemos implicá-los nesta prática, na qual a partir da presença física do at todas as dimensões do cotidiano apontadas acima poderão ser vivenciadas. A trivialização se coloca em ato, possibilitando que seja observado o intervalo necessário nesta relação, que muitas vezes se torna muito próxima.

Diante da proposta de tratamento do Outro e suas implicações, podemos localizar a função do AT enquanto facilitador de um novo arranjo do sujeito com o Outro. Isto porque, destituído de um saber pré-determinado, o acompanhante terapêutico poderá secretariar o alienado, acolhendo-o de fato em seu saber, fazendo com que o paciente se sirva da instituição e daqueles que a compõem, ou seja, desse Outro regulado.

O tratamento do Outro abre o caminho para pensarmos em outros conceitos que permeiam a psicanálise nas instituições e que se pautam principalmente no saber que vem do paciente. Esta virada que ocorre no tratamento de saúde mental, de um saber prévio para a solução singular já foi ressaltado por nós quando abordamos a segunda clínica lacaniana e a psicose ordinária. Portanto, vemos que tanto a primeira clínica quanto a segunda clínica nos apontam conceitos e operadores clínicos que orientam o trabalho do AT, com a condição essencial de considerar o acompanhado em seu arranjo singular na relação com o Outro.

Para melhor compreender a interseção deste tópico com o próximo, antecipamos que há um modo de encaixe com o Outro que perpassa pelos elementos invariantes de cada caso. Isto está relacionado ao diagnóstico de discurso proposto por Viganò (2010), em que o foco é o modo de gozo particular, que já enfatizamos ao analisar a segunda clínica lacaniana.

Vejamos agora como alguns conceitos retirados de uma prática da psicanálise nas instituições se unem ao tratamento do Outro e possibilitam uma melhor orientação do papel do AT junto a seus acompanhados.

3.4 Psicanálise nas instituições: operadores clínicos

Temos uma importante demarcação de mudança quando o tratamento em saúde mental se desloca: do modelo hospitalocêntrico ao modelo em meio aberto. Conforme análise feita por A. Teixeira (2015), este momento de mudança acarreta uma maior participação do psicanalista nos serviços de saúde mental em meio aberto, e este psicanalista se vê diante da reorganização do tratamento mental, da abertura para o contingente em detrimento de uma experiência controlada dentro dos hospitais.

Esta mudança, que abordamos na segunda seção, convoca o psicanalista a acolher, dentro destas instituições, o que o paciente traz como solução, como arranjo singular que escapa às generalizações diagnósticas e universalizantes. E mesmo o que se apresenta no singular traz algo de invariante, que diz respeito ao destino das pulsões, à posição de gozo, ao modo como o sujeito se encontra no campo do Outro. Por isso, no final do último tópico, falamos em elementos invariantes do caso e diagnóstico de discurso.

O diagnóstico de discurso é um termo proposto por Carlo Viganò (2010). Segundo o autor, a partir da construção do caso clínico dentro das equipes de saúde mental, é possível entender a relação do sujeito com o Outro, permitindo assim a construção de um diagnóstico de discurso, e não do sujeito. Vamos entender então do que se trata a construção do caso clínico.

Viganò (2010) diferencia a construção do caso clínico da supervisão. A construção se distingue da interpretação, pois “consiste no testemunho das diversas fases do trabalho do analisante” (p. 43). Já a supervisão estaria do lado da interpretação, atrelada a um lugar de Sujeito-Suposto-Saber. O autor nos dá um exemplo muito claro, a inversão da pergunta por parte da equipe: em vez de se perguntar *o que podemos fazer pelo paciente*, a pergunta deveria ser *o que ele vai fazer para sair daqui?* Com esta inversão, a interpretação é colocada de lado e quem se apresenta como protagonista do caso é o próprio paciente.

A construção do caso clínico viabiliza uma torção na equipe, o que Viganò (2010) denomina “autoridade clínica” (p. 46), que supera o discurso do mestre. Ou seja, a construção do caso, a partir do diagnóstico de discurso, supera a autoridade vinda do Outro que indica o que deve ser feito. Por exemplo, nas instituições de saúde mental em meio aberto, como os CAPS, apesar de toda a mudança ocorrida pela reforma psiquiátrica, com a inserção de uma equipe multidisciplinar, sabemos que muitas vezes permanece dentro das equipes alguém que estabelece uma posição de mestria. Por isso, a ideia aqui é outra: o próprio caso clínico se situar nessa autoridade denominada clínica.

Para se considerar o diagnóstico de discurso, que aponta para o invariante do caso, é imprescindível o esvaziamento do saber prévio, como já salientamos. A partir disso, há possibilidade de um saber inédito, vindo do paciente e do caso que se é construído.

Em relação ao acompanhante terapêutico, podemos pensá-lo como alguém que, destituído do saber prévio, envereda-se junto ao seu acompanhado na construção desse saber. Retomando a questão da prática de vários, o acompanhante se insere dentre aqueles que tratam do sujeito, muitas vezes em papel de mediação. É o que M. Hermann (2008) considera como a demanda institucional do AT, como parte constituinte do “olhar em rede”. Segundo o autor, “um acompanhante terapêutico, atravessado pela instituição de tratamento, sustenta o olhar em rede ao assumir uma posição privilegiada em um caso, pois é ele quem circula, de acordo com a natureza de sua função, entre a instituição, a família e o social” (2008, p. 159).

Diante desta dimensão cujo saber do paciente nos indica o seu modo de tratamento e um direcionamento para a prática clínica, propomos dois fragmentos de casos.

O primeiro fragmento diz respeito a Mauro²³, que possui o diagnóstico de esquizofrenia paranoide. Devido a um crime cometido em uma passagem ao ato, Mauro fica em uma instituição psiquiátrica e posteriormente em um Centro de Reintegração Social por sete anos. Neste caso, o AT responde a uma demanda de reinserção social, de uma nova apropriação do espaço na cidade: tarefas como pegar ônibus, fazer compras e ir ao dentista proporcionaram esta compreensão do espaço. Também é necessário ajudar Mauro nestas tarefas devido ao grau de comprometimento psíquico da doença, e aqui podemos perceber certa demanda pedagógica para o caso.

Mas, a partir da realização de tarefas do cotidiano, surge a demanda do paciente de retornar para a casa onde morava — casa onde ocorreu a passagem ao ato. Toda a equipe que cuida do caso fica apreensiva; a preocupação com uma nova passagem ao ato e mesmo com a possível dificuldade do paciente em retomar a vida fora de ambientes de clausura faz com que a equipe (incluindo os estagiários que fazem AT com o paciente) fique reticente quanto a esta demanda de Mauro. Mas, qual não foi a surpresa quando, após um cálculo e uma aposta, dois acompanhantes terapêuticos vão junto com Mauro para a casa onde morava, que estava vazia. Todo o receio desse encontro do paciente com sua antiga morada se esvai: o próprio paciente, após certo tempo em que estavam na casa, sinaliza a hora de voltar para o Centro de Reintegração. E após certo período, continuando o AT, o paciente consegue ficar sozinho nesta casa, indo passar finais de semana por lá.

Podemos extrair desse fragmento a importância de se apostar no saber do paciente. Quando se faz isso, o sujeito aparece: um sujeito que, neste caso, estava apagado pelos anos de exclusão e também pela passagem ao ato. Secretariando o alienado, pôde-se ouvi-lo, acatar o

²³ Nome fictício.

seu saber — não sem certo cálculo, que é necessário — e contribuir assim para uma relação com o Outro mais regulada.

O segundo fragmento traz a história de João²⁴. Este é um caso que será retomado na quarta seção, mas por ora é importante salientar como se inicia o trabalho do AT. João possui o diagnóstico de esquizofrenia paranoide. O início do AT gira em torno da busca por um benefício no Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS) para João. A conquista deste benefício é um desejo da equipe, mobilizada por um caso caracterizado por muita miséria, abandono dos familiares e uso de drogas.

Depois de conquistado esse benefício, o AT se efetiva na saída com o paciente para realização de compras, como roupas, calçados, guarda-chuva. O paciente já anda pela cidade toda, por isso não apresenta uma demanda de reinserção social: ele já é inserido, à sua maneira, no laço com o Outro. Este laço é caracterizado pelo status que João tem de “pedinte”, tendo assim uma imagem concretizada no imaginário popular. Os pedidos são de dinheiro e comida.

O AT possibilita a mudança dessa característica de pedinte para a de comprador, mas não sem esforço. A ida da acompanhante com João às lojas inicialmente é marcada pela seguinte frase direcionada a João: “não temos trocado para você hoje”. Neste momento, a acompanhante intervia dizendo que estavam lá para que João pudesse comprar com seu dinheiro — inclusive era João quem realizava o pagamento.

Mas, mesmo tendo o pagamento de seu benefício, João continua a pedir pela cidade. Ele justifica esta posição a partir de um trabalho que deve cumprir, para o governador. Então, o trabalho para o governador faz uma borda delirante à fama de pedinte, conforme construído pelo paciente. Portanto, mesmo com o ideal de cidadania, com expectativas de se diminuir a miséria do paciente, o status de pedinte permanece. Claro que com o benefício há um efeito inclusive no laço do sujeito com o Outro, mas o que consideramos importante neste caso é a permanência de um modo de lidar com o laço social que o paciente constrói ao longo dos anos e que indica seu modo de tratamento. Para a at, isto se torna mais visível no momento em que, em vez de barrar os pedidos feitos pelo paciente às pessoas que encontravam pelo caminho, “testemunha” esse ato, sem a pretensão de mudar esse modo de tratamento.

A questão do diagnóstico também é fundamental para entendermos o caso clínico. Sabemos que em muitas instituições de saúde mental o diagnóstico que conduz os casos é dado a partir da Classificação Internacional de Doenças (CID) e do Manual de Psiquiatria (DSM). Há um excesso de diagnósticos do tipo F.20 (no CID, esquizofrenia paranoide) que conduzem

²⁴ Nome fictício.

os casos e impõem tratamentos que possam suprimir os sintomas, muitas das vezes através de medicamentos.

No livro *Metodologia em ato*²⁵, organizado por Antônio Teixeira, temos uma importante contribuição acerca do diagnóstico que Viganò sugere, através de “formulações diagnósticas que levam em consideração a *singularidade dos casos clínicos*, para além das tipificações estatísticas dos manuais classificatórios” (Teixeira, 2010b, p. 41, grifo do autor). Assim podemos compreender de que forma esta mudança opera na clínica. Vejamos:

foi em consideração a esse elemento invariante, referido à posição de gozo do sujeito em relação ao campo do Outro, que extraímos o nome dos vários casos ali apresentados [na revista eletrônica *CliniCaps*, e também no livro]. “O herói solitário”, “o olhar que sustenta a cena”, “o pedinte e o provedor”, “o abandonado enganado”, foram os nomes através dos quais logramos estabelecer o diagnóstico singular de discurso pelo qual se definem as possibilidades de inserção do sujeito no campo do Outro social, segundo os modos de satisfação pulsional que ele dali retira. (Teixeira, 2011, p. 6).

Esses modos de gozo nos trazem um arranjo particular do sujeito junto ao campo do Outro, de forma que podem ajudar o acompanhante terapêutico na condução de seu caso. Então, a partir do tratamento do Outro o acompanhante terapêutico poderá se nortear enquanto parceiro do paciente e seu saber, a partir do laço que este estabelece com o Outro.

Retomando os dois fragmentos de casos apresentados, temos que os dois possuem o mesmo diagnóstico de esquizofrenia paranoide. Mas cada um, à sua maneira, se apresenta de modo diferente frente ao Outro, bem como ao AT. Enquanto Mauro, que esteve institucionalizado muitos anos, tinha uma demanda de reinserção social e de se apropriar da casa dele, João já mantém uma circulação social, através dos pedidos que realiza. Mesmo na relação com o Outro institucional percebemos o laço que cada um estabelece. Para ambos se apresenta a necessidade de tratamento no CAPS, mas, enquanto Mauro frequenta o serviço nos dias solicitados, João se desvencilha dessa solicitação: o que se consegue acordar com o paciente é a ida duas vezes ao CAPS. O que percebemos é que o laço que João estabelece com o Outro institucional perpassa pelo Centro de Convivência. Lá ele apenas circulava pela instituição e tomava seus remédios, e não estava inserido em nenhuma oficina, mas gostava de ir lá. Tomava um café e os seus remédios e depois ia embora.

Isto nos leva a retomar a discussão realizada na segunda seção, da inclusão x reinserção social. “Inclusão é um programa definido pelo Outro, inserção é uma posição do sujeito no

²⁵ Trata-se de um livro que reúne os resultados da pesquisa denominada *Investigação dos efeitos discursivos da capsização: avaliação qualitativa do modelo CAPS*, realizada na Universidade Federal de Minas Gerais. A pesquisa teve como objetivo “diagnosticar os impasses e dificuldades enfrentadas pelo modelo de assistência em Saúde Mental – CAPS” (Teixeira, 2010b, p. 21), através da conversação e da construção do caso clínico.

sentido de estabelecer um laço social possível” (Teixeira, 2010b, p. 66). Ou seja, a inserção depende do tipo de laço que é possível para o sujeito estabelecer com o Outro. Ainda há uma lógica da inclusão muito presente nas equipes de saúde mental, na qual a psicanálise se vê convocada a ocupar um lugar diferente deste ideal terapêutico. Pois, conforme bem pontua A. Teixeira, “há pacientes incluídos em vários programas (oficinas, residências terapêuticas, centros de convivência, etc.), porém muitos circulam pelo social sem um laço estabelecido. Circulam desgarrados do Outro social” (2010b, p. 66). João demonstra-nos que o seu laço social está para além dos serviços de saúde mental, já Mauro traz um laço estabelecido com a instituição — mas com a demanda de retornar para a casa dele, abre-se a possibilidade de estender o laço para a comunidade, voltando a circular no território próximo à casa. Uma demanda que vem do paciente, conforme explicitamos no tópico anterior.

Todos estes conceitos trabalhados, que dizem respeito a uma clínica da psicanálise dentro das instituições, nos apontam para uma virada no tratamento dos sujeitos psicóticos, considerando principalmente as indicações que vêm do próprio sujeito. Estas formulações são importantes para a queda de ideais terapêuticos, do saber que vem do Outro, e que podem muitas vezes silenciar aqueles que se esforçam para sair deste silenciamento.

Por isso, nossa aposta, ao longo da seção, é de um uso que o AT poderá fazer destes conceitos pautados na clínica das psicoses. E, a partir desse percurso, poderemos prosseguir com a proposta de pensar o conceito de *Sinthoma* enquanto operador clínico na prática do AT.

4 O *SINTHOMA* E SUA OPERATIVIDADE CLÍNICA PARA O AT

Na seção anterior, demarcamos as principais definições da clínica das psicoses, nos dois tempos do ensino lacaniano. Os conceitos tratados na terceira seção, tais como o tratamento do Outro, o diagnóstico de discurso e a psicose ordinária, nos convocaram a destacar as soluções que o sujeito encontra para lidar com seu sofrimento. Foi possível articular de que forma a clínica do AT poderá se servir desta indicação, a partir de uma leitura psicanalítica de seu acompanhamento.

Nesta seção, iremos propor a operatividade do conceito de *Sinthoma* para a clínica do AT — perguntando-nos de que modo este conceito, formulado por Lacan em seu último ensino, poderá nos instrumentalizar na clínica a céu aberto.

No *Seminário 23*, Lacan afirma que o *Sinthoma* “é uma maneira antiga de escrever o que posteriormente foi escrito *sintoma*” (1975-76/2007, p. 11, grifo do autor). Mas, para além da mudança na grafia, o que podemos localizar enquanto mudança do sintoma para o *Sinthoma*? Para isso, precisamos perpassar as transformações que ocorrem com o conceito de sintoma, em Freud e Lacan. O principal a ser considerado em relação a Lacan é a passagem de um sintoma que deixa o sujeito dividido, em sofrimento — sem nos esquecermos do gozo aí contido — para o sintoma enquanto *savoir y faire avec*, ou seja, aos arranjos que cada sujeito se propõe a fazer.

Em seguida, iremos contemplar os nós borromeanos e a construção feita por Lacan a partir dos elos que representam Real, Simbólico e Imaginário. Há também uma transformação na elaboração dos nós borromeanos, onde se passa do nó de três elos para o nó de quatro elos. O *Sinthoma* como quarto elo irá nos demonstrar a virada que Lacan realiza em sua segunda clínica, pensando nas soluções que cada sujeito constrói para manter os elos enodados.

Em seu livro *Sinthome, ensayos de clínica psicoanalítica nodal*, Fabián Schejtman (2015) nos indica que o termo *Sinthoma* é apresentado por Lacan no V Simpósio Internacional James Joyce em 1975 e é conceitualizado com maior rigor no *Seminário 23*. Neste seminário tomamos conhecimento do escritor irlandês James Joyce e de sua história, cuidadosamente analisada por Lacan. Através do *Sinthoma* de Joyce, Lacan nos fala sobre a solução encontrada pelo escritor para sua estabilização. Por isso, nossa ideia é nos orientarmos pelo *Sinthoma*, pelo tratamento que o paciente se propõe, sem deixar de observar até que ponto se trata de uma solução funcional, pois o contrário também pode ocorrer.

Assim, através de três fragmentos de casos acompanhados pelo dispositivo do AT, iremos analisar a construção *sinthomática* que se estabelece em cada caso, bem como a

interseção entre outros conceitos tratados na terceira seção. Utilizaremos dois casos publicados em um artigo de Antônio Beneti (2006) denominado “O acompanhante terapêutico nos discursos” e também retomaremos o caso de João, trabalhado na terceira seção.

4.1 Preliminar: Sintoma e *Sinthoma*

Desde a obra freudiana, o sintoma tem sido pensado de maneira a acompanhar o próprio percurso teórico-prático de seus proponentes. Miller (2011b), em seu “Seminário sobre os caminhos da formação dos sintomas”, percorre a transformação pela qual passa o conceito de sintoma, tendo como ponto de partida as obras de Freud — mais especificamente as conferências XVII e XXIII das conferências introdutórias à psicanálise — e posteriormente o ensino de Lacan.

Miller (2011b) introduz a questão afirmando que a primeira conferência de Freud, denominada “O sentido dos sintomas” irá tratar propriamente do sentido, a partir da equivalência estabelecida entre sintomas, sonhos e atos falhos. Assim, o sentido implica em uma interpretação. Miller (2011b) enfatiza que, no período entre a conferência XVII e a conferência XXIII, Freud se esforçará para articular o inconsciente que é interpretável na sexualidade infantil e o caráter perverso da sexualidade. “Freud separa claramente a repressão [recalque], que se refere a um mecanismo semântico — algo que não pode ser dito por que houve um recalamento —, e o registro da sexualidade” (Miller, 2011b, p. 17).

Já na conferência XXIII, “Os caminhos da formação dos sintomas”, Freud (1917/1980) abordará a questão da libido, da plasticidade das pulsões parciais: ou seja, daquilo que caminha. Aqui é fundamental a palavra “rodeio”, pois, de acordo com Freud (1917/1980), os caminhos são os rodeios, que se caracterizam pelas metáforas e metonímias da libido. Nesta conferência, podemos notar “um estudo dos modos de gozar segundo a definição freudiana do sintoma: apesar da fenomenologia de sofrimento, é uma modalidade de satisfação libidinal” (Miller, 2011b, p. 27). Por isso, o autor defende que já em Freud temos uma noção de gozo implicada ao sintoma.

A noção de gozo articulada ao sintoma poderá ser melhor verificada em “Inibição, sintoma e angústia” de 1926. Em *El partenaire-síntoma*, Miller (2008) ressalta que a partir da leitura de “Inibição, Sintoma e Angústia”, o sintoma não pode mais ser respondido apenas como uma formação que se decifra. Freud já havia complementado a noção do sintoma com a noção da libido, e em “Inibição” o autor trata da função dinâmica da pulsão, um vetor direcionado para a busca de satisfação. A partir daí Miller (2008) ressalta que Freud considera o vetor

normal da pulsão que é direcionada para a satisfação através de um objeto próprio (concernente à realidade exterior), e um desvio deste vetor, um desvio substitutivo, que se caracteriza pelo sintoma. Assim, temos a noção de gozo articulada ao sintoma, visto que este é uma substituição da satisfação pulsional, que, no entanto, acarreta desprazer.

Freud percorre todo um caminho do sentido ao gozo do sintoma, e podemos dizer que Lacan também percorre este caminho, no mesmo sentido de Freud. Conforme afirma Miller (2011b), o primeiro ensino de Lacan está calcado na lógica do sentido do sintoma, sentido enquanto linguagem. Aqui estão implicados os conceitos de significante, do símbolo e do Outro, pois a prevalência dos fenômenos é o eixo simbólico. Miller (2011b) salienta que, neste primeiro momento, Lacan não valoriza a pulsão, visto que o caminho da formação dos sintomas é o caminho simbólico: o sintoma é pensado como um sentido recalado, seguindo do sujeito para o Outro, como efeito de significado do Outro. A partir da articulação do sintoma ao fantasma, Lacan então irá vincular o circuito pulsional ao circuito semântico, e isso o encaminhará à produção da conexão entre sentido e gozo.

Com a mudança no ensino de Lacan, teremos uma equivalente modificação a respeito da articulação entre sintoma e pulsão. Conforme explicitado por Miller (2008), Lacan irá falar sobre a pulsão enquanto uma infração ao princípio de prazer, visto que sua exigência não é a de uma satisfação de prazer, mas de um mais-de-gozar. Miller (2008) complementa dizendo que o eu de Freud (enquanto instância psíquica que recalca a pulsão) é equivalente à estrutura da linguagem em Lacan. Daí pode-se extrair a necessidade do sintoma: não é o eu freudiano quem recalca a pulsão, visto que o recalque é consequência da estrutura da linguagem. Neste desenvolvimento lacaniano temos ainda a formulação sobre o núcleo do sintoma, o pequeno *a*: o resto persistente. Não podemos deixar de salientar que Freud já apontava a persistência do sintoma, após sua interpretação, de algo que resta.

Aqui, o que fica de mais importante é a ideia sustentada por Miller (2008) de que neste momento, o sintoma para Lacan aparece como um sintoma freudiano de “Inibição”. Ou seja, o sintoma para ambos se caracteriza como um substituto da exigência pulsional. Em decorrência disso, o autor evidencia a seguinte questão: pode-se viver a pulsão sem o sintoma? Ele mesmo nos responde que não há pulsão sem sintoma, que o próprio fantasma seria aquilo que impede o “*savoir-y-faire*” com o sintoma. Sabemos da conexão do sintoma com o fantasma, sendo o fantasma uma realização daquilo que foi recalado. Miller (2011b) complementa que Freud, na Conferência XXIII, “demonstra que a referência do sintoma é o fantasma, que o real em jogo do sintoma passa pelo fantasma” (p. 20), afirmando posteriormente que o fantasma seria uma “espécie de véu fundamental” (p. 20).

Este véu fundamental que se conecta com o sintoma nos fornece um modo de gozo. Miller (2008) ressalta que o *savoir-y-faire avec* diz respeito ao gozar de seu sintoma, para além do sintoma enquanto modo de gozo. A indicação disto já estava em Freud, em “Inibição”, quando aponta a especificidade da neurose obsessiva. O sintoma como modo de satisfação está atrelado à neurose obsessiva, quando o eu incorpora o sintoma: há uma identificação ao sintoma. Ao contrário da histeria, onde o sintoma está claramente separado e não incorporado, e onde há um sofrimento (Miller, 2008).

Isto nos remete ao que Miller (2011b) nos indica como a “clínica sem conflito” (p. 29). Aqui temos então uma direção do tratamento: a do sintoma sem o conflito, quando o que entra em jogo é “diminuir o preço do sofrimento que se deve pagar para aceder à satisfação pulsional, de modo que esta seja menos custosa” (Miller, 2011b, p. 28). Esta clínica mencionada por Miller e elaborada por Lacan é a clínica dos nós borromeanos, que diz dos enodamentos possíveis para cada sujeito.

A clínica dos nós borromeanos nos remete aos arranjos que os sujeitos fazem com seus sintomas; portanto, devemos considerar este novo modo de pensar a clínica. A clínica dos nós permite-nos chegar ao conceito de *Sinthoma*, para que assim possamos entender a diferença e a articulação entre sintoma e *Sinthoma*.

Antes de nos determos nisso, vamos voltar à questão do sintoma. Sabemos que o ensino de Lacan percorre o caminho que se inicia no sintoma metáfora para desembocar no sintoma letra. Se no primeiro (sintoma metáfora) estão implicados os conceitos de significante, do símbolo e do Outro, com a prevalência dos fenômenos no eixo simbólico, no segundo (sintoma letra) o conceito primordial é o gozo que se basta a si mesmo.

No sintoma metáfora, como o próprio nome diz, temos uma substituição de um significante por outro: o significante enigmático do trauma sexual que é substituído pelo significante do sintoma, conforme Lacan (1957/1998) menciona em “A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud”. Se temos então a prevalência do significante e do registro simbólico, a análise se desenvolverá pela linguagem, e o sintoma será assim resolvido.

Com o desenvolvimento do Real em sua obra, Lacan se aproxima do limite de Freud acerca da face resistente do sintoma, sua compulsão à repetição. Há uma modificação essencial acerca do sintoma: do sentido ao gozo. Enquanto gozo, o sintoma se basta a si mesmo.

F. Schejtman (2015) propõe então um movimento inverso a partir da análise, em que, através da transferência e da abertura do inconsciente, há um forçamento do efeito metafórico que o sintoma (enquanto aquele da instância da letra, um gozo que se basta) não traz consigo.

A natureza de gozo — autoerótico — do sintoma é refratária ao Outro, não demanda interpretação alguma, mas o artifício da transferência — esse com a qual a psicanálise começa — permite afrouxar, quebrar esta relutância, fazendo que o gozo sintomático “condescenda” a passar pelo campo do Outro: tornando-o uma mensagem dirigida a esse Outro aberto a recebê-lo que é um psicanalista²⁶. (Schejtman, 2015, p. 63, tradução nossa).

Ou seja, temos esta passagem da letra à metáfora, do que se basta a si mesmo à mensagem ao Outro. F. Schejtman (2015) não deixa de considerar também que há sempre um resto, o núcleo do sintoma que não se elimina. Mas o que o autor ressalta neste momento é que o sintoma metáfora e o sintoma letra são duas vertentes do sintoma, e o *Sinthoma* se articula a elas.

Em relação a Joyce, Lacan (1975-76/2007) elucida sua característica enquanto artista, - transformando-se, ao demonstrar um saber fazer, num artesão do sintoma. Joyce soube fazer do sintoma seu *Sinthoma*, a partir de sua obra e de seu nome próprio. Aqui podemos pensar que o *Sinthoma* está no sintoma: seria o que este possui de mais irreduzível, de inalisável. Porém, F. Schejtman (2015) afirma que “reduzir o *sinthoma* à verdadeira face do sintoma e, especialmente, considerá-lo exclusivo do analisado, daquele que levou sua análise propriamente até o final, impede operar com ele nos casos ‘de todos os dias’”²⁷ (Schejtman, 2015, p. 17, grifo do autor, tradução nossa). Não é por acaso que Lacan elege justamente alguém que nunca se analisou.

Para prosseguir, iremos percorrer a conceituação do termo *Sinthoma* a partir dos nós borromeanos e entender de que maneira ele se insere no ensino de Lacan. Veremos que os nós sofrem transformação, em seu número e em relação ao elo que mantém os demais unidos.

4.2 Os nós borromeanos

No *Seminário 23*, Lacan (1975-76/2007) nomeará o *Sinthoma* enquanto quarto nó borromeano, sendo aquele que mantém os três registros — Real, Simbólico e Imaginário — enodados. Cada registro terá sua característica demonstrada no nó, conforme assinala Lacan:

o caráter fundamental dessa utilização do nó é ilustrar a triplicidade que resulta de uma consistência que só é afetada pelo imaginário, de um furo como fundamental proveniente do simbólico, e de uma ex-

²⁶ “La naturaleza de goce – autoerótico – del síntoma es refractaria al Otro, no demanda interpretación alguna, pero el artificio de la transferencia – ese con el que el psicoanálisis comienza – permite aflojar, sino quebrar esa renuencia, haciendo que el goce sintomático “condescienda” a pasar por el campo del Otro: volviéndolo un mensaje dirigido a ese Otro abierto a recibirlo que es un psicoanalista”.

²⁷ “Reducir el *sinthome* a la cara real del síntoma y, especialmente, quererlo exclusivo del analisado, del que llevó su análisis propiamente hasta el final, impide operar con él en los casos ‘de todos los días’”.

sistência²⁸ que, por sua vez, pertence ao real e é inclusive sua característica fundamental. (1975-76/2007, p. 36).

O nó borromeano será mencionado por Lacan pela primeira vez no *Seminário, livro 19: ...Ou pior* (1971-1972), quando fala sobre o seu contato com o brasão da família Borromeo²⁹, da Itália. Mas a articulação que ele evidencia entre o nó borromeano e os registros Real, Simbólico e Imaginário irá ocorrer somente no *Seminário, livro 21: Os não tolos erram* (1973-1974) e no *Seminário, livro 22: RSI* (1974-1975).

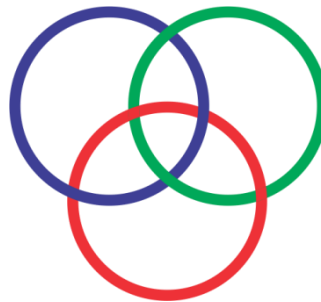


Figura 3. Nó borromeano de três elos.
Fonte: adaptado de Lacan (1975-76/2007, p. 21).

No *Seminário 22*, o nó borromeano irá se caracterizar pelo enlaçamento entre Real, Simbólico e Imaginário, ou seja, um nó de três elos. Neste seminário, vemos uma crítica que Lacan faz a Freud, na montagem dos nós. Segundo Lacan (1974-1975), os três registros não se enlaçariam por si só, na concepção de Freud. Seria necessário um quarto elo: a realidade psíquica, que seria o mesmo que o Complexo de Édipo. A crítica é justamente a esta necessidade de um quarto termo, que, de acordo com F. Schejtman (2015), simboliza a intenção de Lacan em prescindir do pai.

Porém, neste mesmo seminário, Lacan anuncia a mudança do nó borromeano de três elos para o de quatro elos. O motivo dessa mudança seria a homogeneidade do nó de três elos, que por ser simétrico não permite a distinção de cada nó, ou seja, de cada registro (Schejtman, 2015). Assim, “o quarto termo introduz a dissimetria e com ela a diferença entre os registros”³⁰ (Schejtman, 2015, p. 75, tradução nossa). Nesse seminário, o quarto elo ainda não é o *Sinthoma*,

²⁸ Ex-sistência é um conceito formulado por Lacan no *Seminário 22*, que diz de um espaço topológico onde há o fora e o dentro, na elaboração do nó borromeano. No caso deste nó, “o mais importante a destacar é que é do fato de duas rodela serem livres uma da outra que se suporta a ex-sistência da terceira, especialmente a do Real em relação à liberdade do Simbólico e do Imaginário”. (Guerra et al., 2008, p. 287).

²⁹ Neste brasão, o nó se articula a partir de três elos, de modo que quando um dos elos é rompido os outros dois ficam livres.

³⁰ “El cuarto término introduce la disimetría y con ella la diferencia entre los registros”.

e sim a nomeação, ligada a cada registro — Imaginário, Real e Simbólico — pela inibição, angústia e pelo sintoma, respectivamente.

As nomeações no *Seminário 22* se relacionam com a pluralização do Nome-do-Pai, visto que cada uma — inibição, sintoma e angústia — seriam nomes do pai que enodam os três registros (Schejtman, 2015). Esta pluralização teve início no *Seminário 10*, no qual Lacan anuncia um próximo seminário que seria dedicado aos Nomes-do-Pai. Porém, este seminário teve apenas uma lição, sendo interrompido em decorrência de sua excomunhão da *International Psychoanalytic Association (IPA)*³¹. Mas é interessante notar que o título *Seminário 21: Os não tolos erram* (em francês, *Les non dupes errent*) é justamente homófono a “os nomes do pai” (ou seja, *Les noms du père*)! Neste seminário, temos a passagem do Nome-do-Pai ao pai como nomeante. Conforme nos explica F. Schejtman (2015), Lacan parte de uma abordagem histórica do ponto de vista social, visto que “há uma perda da dimensão de amor que se liga com a substituição do nome do pai pelo que denomina a função do “nomear para”³²” (p. 151, tradução nossa). O “nomear para” terá então a função de enodar.

Voltemos às nomeações do *Seminário 22*: a inibição como nomeação do Imaginário, o sintoma como nomeação do Simbólico e a angústia como nomeação do Real. Se cada uma redobrar um dos registros, teremos seis possibilidades de combinações na neurose (duas versões de inibição, duas versões de sintoma e duas versões de angústia). Lacan iria propor em seu próximo seminário o desenvolvimento do nó borromeano de seis elos, tendo como título “Quatro, cinco, seis”. Porém, como já sabemos, isto não ocorreu. Assim como tivemos a passagem do nó borromeano para quatro elos devido à homogeneidade do nó de três elos, esta homogeneidade retomaria nos seis elos, e novamente não haveria distinção entre os registros (Schejtman, 2015).

No *Seminário 23*, o *Sinthoma* será o responsável pelo enodamento do Real, do Simbólico e do Imaginário, a partir do que Lacan observa em Joyce, que prescinde do Nome-do-Pai, porém sabendo servir-se dele em seu enodamento. O que antes era o trabalho das nomeações no *Seminário 22* agora passa a ser trabalho do *Sinthoma*.

³¹ Associação Psicanalítica Internacional.

³² “Hay una pérdida de la dimensión del amor que se liga con la sustitución del nombre del padre por lo que denomina la función del ‘nombrar para’”.

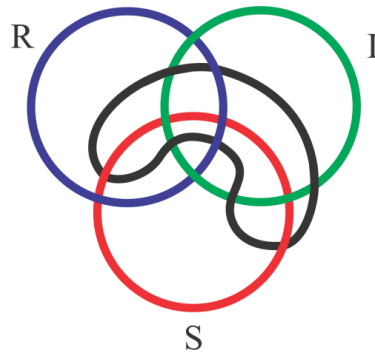


Figura 4. Nó borromeano e o *Sinthoma* como quarto elo
 Fonte: adaptado de Lacan (1975-76/2007, p. 21).

A medida em que avançava em seu seminário, Lacan iria desenvolver o conceito de *Sinthoma*: além de manter enodados os registros, ele também seria uma reparação, um remendo no lapso do nó borromeano. Mas o que seria o lapso?

O lapso será explicado primeiramente a partir do nó de trevo, que é o nó da paranoia. De acordo com Lacan (1975-76/2007), neste nó de trevo “o simbólico, o imaginário e o real são emaranhados a ponto de um continuar no outro” (p. 85).



Figura 5. Nó de trevo da paranoia.
 Fonte: adaptado de Lacan (1975-76/2007).

Quando Lacan (1975-76/2007) modifica este nó em um dos pontos de cruzamento, tornando-o um falso nó, o mesmo se desfaz. Por isso mesmo, propõe a aplicação de uma argola para que o nó não se desfaça.



Figura 6. Nó de trevo da paranoia reparado.
Fonte: adaptado de Lacan (1975-76/2007).

Posteriormente, Lacan introduz o lapso no nó borromeano de três elos. Veremos mais adiante como isso se dará no caso de Joyce. O *Sinthoma* será uma reparação destes lapsos que ocorrem nos nós. A partir do momento em que há a introdução de um quarto elo, não se trata mais de um nó, e sim de uma cadeia borromeana (Lacan, 1975-76/2007).

Aqui devemos nos deter sobre a diferença entre cadeias neuróticas e psicóticas. Na neurose, é necessário um duplo lapso para que os nós se soltem por completo: temos uma cadeia borromeana. Já na psicose teremos a interpenetração de dois registros (ou até mesmo dos três, a depender da localização dos lapsos), e um dos registros poderá se soltar, caracterizando uma cadeia não borromeana (Schejtman, 2015). A questão é que sempre haverá um lapso do nó, tanto para neurose³³ como para psicose, e disso se extrai a necessidade do quarto elo — o *Sinthoma* — para reparar este lapso. Por isso, neste momento do ensino lacaniano, é interessante pensar numa clínica das reparações.

Para ficar mais claro a respeito dos lapsos e sua relação com o *Sinthoma*, Lacan (1975-76/2007) nos exemplifica esta dinâmica a partir de Joyce. O lapso do nó de Joyce seria a demissão paterna, ou a “*Verwerfung* de fato” (p. 86). Ele nos explica: “seu desejo de ser um artista que fosse assunto de todo o mundo, do máximo de gente possível, em todo caso, não é exatamente a compensação do fato de que, digamos, seu pai jamais foi um pai para ele?” (p. 86). Sabemos que o pai de Joyce repassou a função de educação de seu filho aos jesuítas, além de se considerar como um irmão de seu filho.

A reparação deste lapso seria o desejo de ser um artista que ocuparia os universitários, bem como o seu nome próprio. Isto constitui um “saber fazer com isso”, que Joyce constrói a partir de sua escrita. Vejamos o que nos diz Lacan: “o nome que lhe é próprio, eis o que Joyce

³³ Em nossa pesquisa, iremos nos deter ao nó da psicose, em detrimento de nosso objeto de estudo.

valoriza à custa do pai. Foi a esse nome que ele quis que fosse prestada a homenagem que ele mesmo recusou a quem quer que fosse” (1975-1976/2007, p. 86).

Através dos nós borromeanos, podemos perceber o lapso de Joyce que se dá entre Real e Simbólico (que estão interpenetrados), deixando o Imaginário livre.

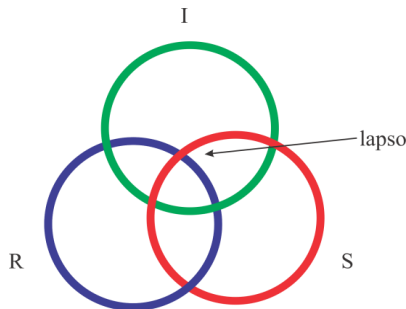


Figura 7. Lapso de Joyce entre Real e Simbólico
Fonte: adaptado de Schejtman (2015, p. 101).

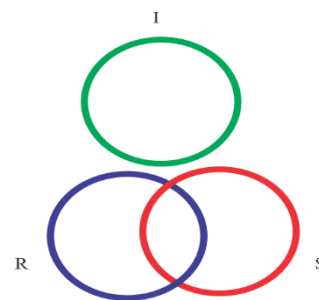


Figura 8. Imaginário livre; Real e Simbólico interpenetrados.
Fonte: adaptado de Schejtman (2015, p. 101).

A hipótese do desligamento do Imaginário remete ao espancamento sofrido por Joyce em sua juventude, quando há o desprendimento do corpo como se fosse uma casca. Já a interpenetração do Real e do Simbólico faz sintoma através da escrita, com as palavras impostas. Ao analisar os escritos joyceanos³⁴, tão difíceis de serem lidos e com uma estética inovadora, Lacan (1975-76/2007) ressalta que Joyce “acaba por impor à própria linguagem um tipo de quebra, de decomposição, que faz com que não haja mais identidade fonatória” (p. 93). Mas veremos como esta mesma imposição das palavras fará com que Joyce construa o seu *Sinthoma*.

O lapso do nó de Joyce será reparado através do desejo de ser um artista e o fazer-se um nome, o que Lacan denomina como ego: a partir do que Joyce consegue fazer com sua escrita, os elos serão reenodados.

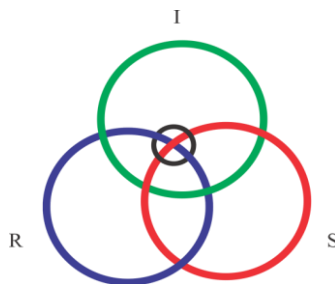


Figura 9. O *Sinthoma* de Joyce (ego) que repara o lapso.
Fonte: adaptado de Schejtman (2015, p. 107).

³⁴ As obras de Joyce mais conhecidas são: *Dublinenses* (1914), *Retrato do artista quando jovem* (1916), *Ulisses* (1922) e *Finnegans Wake* (1939).

F. Schejtman (2015) nos esclarece que a escrita de Joyce traz um gozo autista, conforme analisou Lacan. Este sintoma (palavras impostas) não supõe o Outro. Mas, ao mesmo tempo, há a prevalência do enigma em sua escrita que chama a atenção do leitor.

Quando lemos o texto de Joyce, e sobretudo seus comentadores, o que impressiona é o número de enigmas que ele contém. Não somente são abundantes, como podemos dizer que Joyce joga com isso, sabendo muito bem que haveria joyceanos durante duzentos ou trezentos anos. (Lacan, 1975-76/2007, p. 149).

Esses enigmas trazem um reencontro com o Outro, uma restituição do laço, através do *Sinthoma* (Schejtman, 2015). Ou seja, se o sintoma, conforme ressaltamos anteriormente, supõe um gozo que basta a si mesmo e assim não enlaça com o Outro, o *Sinthoma* faz este laço. Este apontamento nos serve para pensarmos o que pode restituir o laço na psicose; se em Joyce temos o enigma que cumpre esta função, devemos observar o que faz esta função para cada sujeito. Com a prática do AT, podemos nos empreender nesta observação, afinal de contas o consideramos um dispositivo conector do sujeito com o Outro.

Além do *Sinthoma* joyceano que é construído através da escrita, Lacan (1975-76/2007) também ressalta a relação de Joyce com Nora, sua esposa, em que a denomina como uma luva virada ao avesso: “a luva virada ao avesso é Nora. É o jeito de ele considerar que ela lhe cai como uma luva” (p. 81). Lacan complementa que ela o cerra, ou seja, o ajusta assim como uma luva. F. Schejtman (2015) afirma que Nora é *Sinthoma* para Joyce, enquanto uma luva que o ajusta e impede que o Imaginário se solte através de seu ego, dando-lhe limite corporal.

Portanto, vimos que para Joyce a escrita, o fazer-se um nome e a própria esposa Nora compõem seu *Sinthoma*. Disto podemos pensar a contribuição deste conceito lacaniano na prática do AT junto a seus acompanhados, a partir da análise das possibilidades que cada um possui na relação com o Outro. Se o *Sinthoma* reenoda, ele é aliado ao campo do Outro.

Mas, não podemos deixar de reafirmar que o que nos interessa nesta pesquisa é a operatividade clínica deste conceito, ou seja: de que forma o *Sinthoma* poderá ser mais uma ferramenta para o AT, a somar com os outros conceitos psicanalíticos indicados na terceira seção. Por isso concordamos com A. Guerra et al. (2008), que afirmam que “o nó borromeu é antes um instrumento para manejo da clínica, que um ideal a ser alcançado segundo uma boa forma que deveria supostamente ganhar para cada sujeito ou para o conjunto dos sujeitos” (p. 289). Antes um meio do que um fim, pois nossa aposta é o subsídio no manejo clínico.

Também é importante destacar que nem todas as reparações nas cadeias borromeanas são *sinthomáticas*. Quando há um reparo fora de onde se produziu o lapso do nó, temos uma reparação não *sinthomática*. Ou seja, podemos ter diversas formas de reparações *sinthomáticas*

ou não, umas mais e outras menos estáveis, que podem se manter ou se desfazer. Aliás, o *Sinthoma*, nas palavras de F. Schejtman (2015), pode não ser o melhor dos mundos, visto que algumas reparações *sinthomáticas* podem ser mortais, sendo necessário uma objeção do analista.

Se o *Sinthoma* pode se constituir por diversos estatutos, também a psicanálise pode ser um *Sinthoma*? Lacan (1975-76/2007) responde que não, pois o psicanalista é que seria o *Sinthoma*. F. Schejtman explica que o psicanalista, enquanto “*sinthomalista*” vem “reenodar o que o sintoma anuncia como desencadeado”³⁵ (2015, p. 119, tradução nossa). Para exemplificar, iremos trazer o caso de Victor³⁶, comentado por Schejtman. Victor procura o analista porque não estava feliz por completo e só o seria a partir de uma cirurgia estética no rosto para atingir a perfeição. O paciente era casado e definia sua esposa como perfeita. Quando a esposa o deixa, aponta-se um furo, um vazio para o paciente. Conforme afirma Schejtman (2015), a mesma fazia o papel de *Sinthoma* para Victor, um elemento estabilizador. A separação implica em desencadeamento: descontrole sexual e econômico, exaltação maníaca e a vontade de intervir no corpo. Victor tinha a ideia da operação no rosto desde a adolescência, para se parecer com um músico famoso da época. A análise se dirigia de modo a limitar a necessidade da intervenção no rosto (o autor destaca que se tratava de uma intervenção monstruosa, que modificaria todo o rosto), e o analista propõe a Victor acompanhá-lo nas idas aos cirurgiões. O trabalho do analista era o de “manter algum enodamento possível, o de funcionar de forma complementar tentando regular o gozo que se desembocava em seu retorno mortal desarticulando o corpo”³⁷ (2015, p. 423, tradução nossa).

O analista ressalta que suas intervenções se davam no sentido de apontar um equívoco, visto que para alcançar a beleza que Victor tanto queria para *viver* feliz, o mesmo teria que passar por intervenções cirúrgicas que o colocariam em risco de *morte*. Segundo o autor, esta intervenção atuou sobre o gozo, e Victor conseguiu eleger outras coisas para se satisfazer, como retomar um antigo *hobbie* da magia, dos truques com cartas, compartilhado com o analista. Ainda assim, a operação no rosto ocorreu, apesar de ter sido numa proporção menor do que aquela pretendida anteriormente. Se retomarmos o que consideramos na terceira seção, sobre a contradição na solução sintomática da psicose, podemos perceber que há a possibilidade de se convidar a psicose para habitar o equívoco, assim como ocorreu com Victor e seu analista. O

³⁵ “*re-anudar lo que el síntoma anuncia como desencadenado*”.

³⁶ O caso completo se encontra em Schejtman, F. *Ensayos de clínica psicoanalítica nodal*, no Anexo B: Dos casos clínicos, sendo escrito por Pablo Muñoz (p. 413).

³⁷ “*mantener algún anudamiento posible, el de funcionar supletoriamente intentando regular el goce que se desembocaba en su retorno mortal desarticulando el cuerpo*”.

equivoco apresentado pelo analista não impede a realização da cirurgia, porém a operação cumpriu uma função de apaziguar o gozo insuportável, trazendo um efeito *sinthomático* de reenodar (Schejtman, 2015).

De acordo com F. Schejtman (2015), neste caso o analista supriu o vazio que se apresentou quando houve a separação da esposa, que era um *Sinthoma* para o paciente, funcionando como um “companheiro-mago”, que também fez uma escolta na intervenção cirúrgica que o mesmo realizou, limitando-a. Após a cirurgia, Victor se engajou na venda de produtos pela internet, vendendo seus truques de magia. O analista, neste ponto, sustentou “o ilusionismo do ‘maior vendedor do mundo³⁸’” (Schejtman, 2015, p. 329, tradução nossa) e assim considerou que este mundo mágico e virtual pareceu funcionar como uma estabilização. Conseqüentemente, os encontros com o paciente passaram a ocorrer somente quando o próprio paciente solicitava.

F. Schejtman (2015) salienta que qualquer pessoa não analista poderá fazer papel de *Sinthoma* — a exemplo de Nora para Joyce, bem como o da esposa de Victor —, mas há a especificidade do analista que ocupa este lugar de *Sinthoma*, que seria o de submissão ao sujeito, conforme estabelecido por Lacan. Não se trata de uma submissão qualquer: esta submissão implica o acompanhamento e a testemunha do sujeito psicótico daquilo que ele se propõe em suas suplências. O analista deverá estar a serviço disso para ter o papel de *Sinthoma*. No caso de Victor, foi possível compreender esta posição, que acompanha e testemunha mas também intervém da maneira como o caso requer: um companheiro-mago que substitui o furo que o *Sinthoma*-esposa anterior deixou, que aponta um equivoco e limita um gozo e que sustenta a posição de vendedor virtual de seu paciente.

Diante desta consideração, o acompanhante terapêutico poderia fazer um suporte a esta função de *Sinthoma*, junto a um analista na clínica particular ou na instituição? Acreditamos que sim, pois o at poderá funcionar como suplência para o lapso que se produz no arranjo nodal de um paciente, através de uma escuta atenta e orientada que seja capaz de identificar esta função. Porém, considerando que em nosso país o AT é praticado na maioria das vezes por estagiários, gerando um alto grau de rotatividade, não podemos deixar de questionar a efetividade clínica desta consideração. Por mais que se trate de um estudante, de uma pessoa em formação que já pode ter uma escuta orientada analiticamente, não deixa de ser necessário um certo cálculo de sua presença junto ao paciente.

³⁸ “*el ilusionismo del ‘vendedor más grande del mundo’*”.

O que afirmamos ser mais consistente é o que o acompanhante terapêutico poderá observar na relação do sujeito acompanhado com o laço social, atento ao que o paciente elege no campo do Outro. E isto se torna mais fácil devido à própria característica da prática do AT, que ocorre de maneira peripatética. O encontro com o contingente poderá se dirigir para o que o paciente elege enquanto suplência: a clínica do AT deve considerar o que emerge do saber do paciente acompanhado, a partir de um Outro mais habitável, que poderá favorecer as reparações e enodamentos singulares deste sujeito.

4.3 O *Sinthoma* para o AT

Como pensar na operatividade do conceito de *Sinthoma* na prática do AT, se temos variadas possibilidades de estabilizações para cada sujeito? É certo que “é preciso procurar a cada caso o estilo de resposta que o sujeito pode inventar, pois se trata sempre de *permitir* ao sujeito, psicótico ou não, encontrar um novo modo de se escrever” (Guerra et al., 2008, pp. 296-297, grifo nosso). Esta permissão se conecta com o que salientamos diversas vezes neste trabalho: é preciso dar voz ao paciente, acolher o seu saber e as soluções singulares que constrói.

A partir disso, é pertinente considerar a característica da clínica do AT, que circula pela cidade. M. Hermann (2008) nos aponta a cidade e suas ofertas no âmbito social como possibilidade de realização do laço social, através do manejo da transferência. O autor afirma que “a transferência efetivada entre o paciente e algum objeto da realidade pode contribuir para a construção do *sinthoma*” (2008, p. 219), e nos exemplifica com dois casos de AT³⁹ em que a circulação nos espaços da cidade favoreceu o interesse pela escrita destes dois pacientes, indicando uma construção *sinthomática*. Em um dos casos, a escrita se desdobra a partir dos efeitos que o AT teve no tratamento do paciente. M. Hermann (2008) nos relata que o paciente apresentou um medo do projetor de slides, quando participavam de um programa para parar de fumar. “O significante ‘medo do projetor’ retornou e foi através dele que o paciente se debruçou em um projeto de escrita de si mesmo” (Hermann, 2008, p. 229). Posteriormente, o paciente pede a ajuda de seu acompanhante para publicar os seus escritos, o que M. Hermann considera como “um desejo de tornar pública uma existência, um desejo de se fazer inscrever no laço social” (2008, p. 229).

³⁹ Os casos referidos encontram-se na tese de doutorado de M. Hermann (2008), *Acompanhamento Terapêutico e psicose: um articulador do real, simbólico e imaginário*.

O *Sinthoma* enquanto baliza clínica para o AT nos possibilitará analisar três fragmentos de casos a seguir, pelos quais poderemos entender a utilização do nó borromeano em casos acompanhados no viés do AT. Os dois primeiros fragmentos de casos estão disponíveis no artigo “O acompanhante terapêutico nos discursos”, de Antônio Beneti (2006). O autor teceu comentários sobre os casos apresentados em uma Jornada de Psicologia sobre o AT, no ano de 2005. Já o terceiro fragmento retomará o caso de João, iniciado na terceira seção.

4.3.1 Antônio e a “colher analgésica”

Antônio⁴⁰, na época da Jornada mencionada acima, era acompanhado pelo CERSAM Betim Central. A característica principal do paciente é que o mesmo era muito dependente das pessoas a sua volta, com o laço muito restrito às instituições onde se tratava. “Assim, o paciente sempre estava às voltas com o discurso operante das instituições com seus saberes e lugares mais estanques, onde o risco da cronificação era grande” (Beneti, 2006, p. 110). O AT iniciou com o objetivo de favorecer a autonomia e ampliar a circulação, tendo resistência no início da proposta. Aos poucos, o vínculo foi construído, mas com a característica de que o paciente não sabia nada: o saber estava no Outro. A acompanhante terapêutica se coloca como alguém que também possui falhas, atentando para o risco de encarnar um discurso de saber totalizante ou um discurso pedagógico de se ensinar bons hábitos.

O paciente também apresentava fragmentação e incômodos no corpo. Quando o insuportável no corpo se apresentava, Antônio construía “uma possibilidade de enlaçamento com objetos externos, tentando colocar esse mal-estar fora dele mesmo” (Beneti, 2006, p. 111). O recurso que utilizou para a perna parar de doer foi colocar um cabo de colher dentro da meia. E assim ele demandava outros objetos, como ímãs e canetas, e os guardava no bolso. Quando não tinham mais serventia, os descartava. A compra desses objetos se apresentava como possibilidade de circulação social, visto que a acompanhante terapêutica convidava o paciente a participar da compra dos objetos, em vez de comprá-los para ele. Apesar de Antônio se oferecer como objeto de cuidados, o AT se realiza de modo a não responder do lugar de saber, flexibilizando a relação e possibilitando o surgimento da dimensão subjetiva.

Ao comentar este caso, A. Beneti nos afirma que “o caso Antônio nos traz uma ilustração da construção sinthomática louca, moderadora de gozo, uma invenção psicótica: a

⁴⁰ Nome fictício. O caso está disponível na íntegra no artigo de Antônio Beneti denominado “O acompanhante terapêutico nos discursos”, publicado na revista *Opção Lacaniana* nº 45, de maio de 2006.

‘colher analgésica’. Aqui, também, imaginário e simbólico se enlaçam na tentativa de reparação do defeito de cunhagem do nó borromeano” (2006, p. 112).

No caso de Antônio, encontramos as possibilidades de análise através do tratamento do Outro e da leitura do *Sinthoma*. A “colher analgésica” faz uma função de *Sinthoma*: ela permite que o Imaginário não fique solto, moderando a fragmentação de seu corpo. Aliás, Lacan (1975-76/2007) ressalta que “a relação com o corpo não é uma relação simples em homem nenhum” (p. 144). Ao analisar a surra sofrida por Joyce, ele evoca a imagem confusa que podemos ter de nosso próprio corpo e que esta imagem também traz afetos consigo. No caso de Joyce, “só há alguma coisa que exige apenas sair, ser largada como uma casca” (Lacan, 1975-76/2007, p. 146). O ego faz a função de enodar o Imaginário, visto que devido ao lapso do nó, o mesmo se desprende. Para Antônio, percebemos também uma questão com o corpo, o que podemos associar com o corpo despedaçado na esquizofrenia. A colher que faz a função analgésica, de deter a dor na perna, traz consigo uma função *sinthomática*, apesar de não sabermos até que ponto este *Sinthoma* funcionou. Mas a questão principal é identificar uma leitura precisa desta função, a invenção que o sujeito faz com ela e modera seu gozo.

Em relação ao paciente se posicionar enquanto objeto de cuidados, temos uma resposta de quem o acompanha com vistas a evitar a posição de objeto de gozo do Outro. Ao lembrarmos o que evocamos sobre o tratamento do Outro, temos uma relativização do lugar do acompanhante terapêutico, que se apresenta para o paciente acompanhado como um sujeito também faltoso, evitando encarnar o lugar de Outro absoluto. Ao mesmo tempo em que o intuito é promover a autonomia de um paciente tão dependente do Outro, esta manobra nos evidencia um cálculo no laço social, possibilitando ao paciente uma nova relação com o Outro: uma relação onde aparece o sujeito, mesmo que seja aos poucos.

4.3.2 Pedro e a arte da música

O segundo fragmento que iremos analisar será o de Pedro⁴¹, também apresentado na Jornada sobre o AT em 2005. Trata-se de um paciente que também era acompanhado pelo CERSAM Betim Central, com produção delirante e alucinatória, a maioria com conteúdo místico-religioso. A produção delirante “concernia à ideia de ser um enviado de Deus, levando-o a uma submissão radical à ideia delirante de ser São Francisco” (Beneti, 2006, p. 112). A partir deste delírio, Pedro passava parte do dia em frente à igreja de São Francisco, “agindo de

⁴¹ Nome fictício. O caso está disponível na íntegra no artigo “O acompanhante terapêutico nos discursos”, publicado na revista *Opção Lacaniana* nº 45, de maio de 2006.

forma bizarra, tal como permanecer longos períodos ajoelhado com as mãos para o alto ou deitado no chão da igreja, em um estado de intensa perplexidade” (Beneti, 2006, p. 112). Este comportamento de Pedro contribuía para sua exclusão social.

Devido ao quadro de fragmentação e desorganização, o AT foi proposto enquanto uma aposta de se tentar outras vias para a relação social do paciente. Um fato importante é que Pedro, antes do desencadeamento, era um artista reconhecido em seu meio e tinha uma conexão com a música. O início do AT desenvolveu-se através da música, com o violão, quando passou a frequentar o Centro de Convivência. E devido à qualidade de sua apresentação musical, Pedro era chamado pelo Centro de Convivência para fazer apresentações e era muito elogiado. A questão era que

a ‘colagem’ que Pedro fazia com o significante ‘artista’ passou a determinar sua relação com a música, de tal forma que nos dias em que ele faria alguma apresentação musical, era notória a espécie de ‘montagem’ que ele fazia do que era um ‘artista’. (Beneti, 2006, p. 113).

Esta colagem demonstrou uma face devastadora, que chamou a atenção do acompanhante terapêutico. O vínculo com o Centro de Convivência se estreitou cada vez mais, e a instituição apresentou papel de destaque para Pedro, através dos convites e do interesse pelo seu talento. Porém, notou-se que Pedro se posicionava enquanto objeto diante das demandas institucionais, e conseqüentemente não conseguia se apresentar devido ao uso abusivo de álcool antes das apresentações. Ou seja, através disso manifestava “algo da ordem do insuportável em ter que sustentar essa posição de ‘artista talentoso’ que faz shows, presentificando assim uma dimensão da vontade imperativa do Outro sobre ele” (Beneti, 2006, p. 114). Isto requereu uma intervenção de quem acompanhava Pedro junto a instituição, indicando o insuportável que o paciente demonstrava em estar neste lugar de objeto. A aposta foi justamente sobre a trivialização, para que os convites feitos a Pedro fossem mais triviais e informais. Em vez de destaque principal, a aposta era que ele fizesse participações menores, dando uma “palhinha”. Com isso, houve o apaziguamento.

Com a diminuição de apresentações, foi possível que Pedro encontrasse um novo lugar mais suportável, o de artista-professor, visto que os usuários que participavam de uma oficina de música do Centro de Convivência se referiam a Pedro como professor. Este lugar parecia ser mais suportável para Pedro.

Em seu comentário ao caso Pedro, Antônio Beneti (2006) nos indica tanto a trivialização da transferência delirante quanto o manejo transferencial contra a metáfora delirante. Ou seja, o AT não estimula a via delirante de ser o São Francisco, que produz exclusão social, e sim dá

voz ao significante música, o que “facilita a inscrição do sujeito no campo do Outro via o seu ‘saber musical’” (Beneti, 2006, p. 114). É um outro saber que se desloca em direção ao saber delirante.

No caso de Pedro, é perceptível a devastação que ocorre ao encarnar o objeto de gozo do Outro — um Outro institucional. Quando mencionamos a noção de instrumento que Alfredo Zenoni (2006) trabalha em relação à psicose na instituição, percebemos claramente que aqui, neste primeiro momento, não tivemos um uso que o sujeito poderia fazer da instituição, e sim o contrário: o uso que a instituição pôde fazer do sujeito. Apesar da música ser um saber que possibilita o laço social com o Outro, torna-se clara a inversão que este Outro produziu na relação com Pedro.

A manobra que o acompanhante terapêutico realiza junto à instituição nos traz o conceito de trivialização, que também trabalhamos na terceira seção. Ao trivializar as apresentações de Pedro, diluiu-se a montagem espetacular sobre elas, apaziguando a colagem que o mesmo faz com o “artista”: uma identificação imaginária que neste caso não estava funcionando muito bem. Com a mudança, o paciente faz participações, deslocando o centro das atenções. Ao que nos parece, a partir disso foi possível a Pedro ter um vínculo mais frouxo com a instituição, e posteriormente houve um novo lugar mais suportável a ele: o de artista-professor.

Conforme ressalta A. Beneti (2006), o acompanhante terapêutico faz a manobra “para o sujeito não ficar no lugar de objeto e voltar a posição de ‘saber-fazer’ com seu *sinthoma* sendo professor de música” (pp. 114-115). Através do fragmento do caso, podemos perceber uma possível interpenetração dos registros Real e Simbólico no caso de Pedro, a partir da informação acerca dos delírios e alucinações do paciente. De acordo com F. Schejtman (2015), os fenômenos elementares prevalentes na esquizofrenia são o testemunho desta interpenetração. Constatamos que o saber delirante de Pedro dificulta seu contato com o Outro e causa desorganização. Foi possível perceber então que a música se apresenta com uma função de *Sinthoma*: não através da identificação imaginária de ser um “artista”, e sim com a posição de professor. Um *Sinthoma* que possibilita um novo arranjo com o Outro e ocupa o lugar do sintoma delirante que não faz laço.

4.3.3 João e o pedir como laço

No terceiro fragmento de caso iremos retomar o caso de João, já descrito na terceira seção. Apenas para recordar algumas características principais, ressaltamos que se trata de um

paciente que possui a fama de “pedinte” na cidade, para quem a equipe acompanhante se encarregou de conseguir um benefício junto ao INSS. A questão é que, mesmo com o benefício, o paciente continua a pedir. A sua circulação pela cidade, que nos demonstra uma forma de laço social, é muitas vezes condicionada a este gesto de pedir. Não deixamos de notar que há uma mudança em sua relação com o Outro: se antes prevalecia um Outro que não o desejava principalmente devido à sua fama de pedinte, agora vemos uma apropriação de João em sua demanda junto ao Outro, a demanda de ser comprador.

João traz algo da fragmentação do corpo, do corpo despedaçado: diz que seu “corpo está morto”. Há uma negligência ao corpo, dificuldades de tomar banho, feridas causadas pelo uso do crack. Há também a presença do delírio, conforme já mencionamos na seção anterior. João explica que suas andanças pela cidade fazem parte de seu trabalho para o governador. Não há uma construção delirante muito elaborada, e João não se apresenta como trabalhador em todos os momentos. Mas estas características nos indicam uma possível construção borromeana de João: o corpo e o delírio possivelmente apontam um Imaginário solto e uma interpenetração entre Real e Simbólico, assim como F. Schejtman (2015) propõe para o nó da esquizofrenia.

Podemos analisar o ato de pedir como uma convocação que João faz de um laço Imaginário com o Outro. Quando o movimento passa de pedir a pagar, temos uma inserção do Simbólico através do dinheiro que se paga, enquanto um sistema abstrato da qual o paciente deve se apropriar. O que se observa é o tratamento que João faz do Real de sua miséria, primeiramente pela via da precariedade do laço Imaginário e posteriormente pela via Simbólica enquanto aquele que paga. Mas a característica de pedinte permanece: se antes a acompanhante se preocupava devido à manutenção de um status que causa desconforto às pessoas ao seu redor e é refletida em João como o indesejado, posteriormente se percebe que esta ação diz do contato possível que João estabelece com o Outro.

A posição de pedinte permanece: temos um invariante do caso. Se formos analisar o caso através do diagnóstico de discurso que Viganò (2010) nos propõe, perceberemos que este invariante, *pedinte*, diz respeito ao singular do gozo de João. Como ele se vira com isso? O *savoir-y-faire avec* nos aponta justamente para uma possibilidade de laço com o Outro através da posição de pedinte, que é mediada pelo delírio de que trabalha para o governador. Apostamos também que, através desta posição, de andar pelos espaços públicos da cidade, João faz movimentar um corpo que diz estar “morto”: nossa leitura é de uma amarração do registro Imaginário a partir das andanças que realiza para pedir pela cidade. Um tratamento deste gozo que invade o corpo — e um enlace com o Outro.

Será este então um modo de suplência que o paciente encontra, uma saída possível? Não deixamos de nos perguntar até que ponto se trata de algo funcional, visto que a condição de “miséria” ainda é atrelada ao paciente. Mas o fato é que a partir do recebimento do benefício, João conta com o subsídio do Simbólico, em seu laço imaginário com o Outro. Apresentando-se como comprador, a partir da mediação do AT, temos uma nova posição frente ao Outro, ainda que o invariante do caso indique o modo como ele se articula com seu modo de gozo singular.

Através dos três fragmentos de casos trabalhados, o conceito de *Sinthoma* nos auxiliou na leitura dos modos singulares que cada paciente encontra no tratamento do gozo. Quer seja uma colher analgésica, uma posição de professor-artista ou de pedinte: cada uma destas construções *sinthomáticas* possibilitaram a seus acompanhantes terapêuticos compreenderem de que modo cada um se trata.

Além da operatividade do conceito de *Sinthoma*, também constatamos em cada caso analisado a imbricação de outros conceitos trabalhados, na terceira seção, que dizem respeito ao tratamento do Outro e à psicanálise nas instituições. A função de mediação do AT junto ao Outro torna-se nítida. É o que A. Beneti (2006) irá chamar de “dobradiça” (p. 115) que o AT faz na relação do sujeito acompanhado com o Outro.

Por isso, reafirmamos a contribuição destes conceitos psicanalíticos na prática clínica do AT, que de modo peripatético circula com o paciente pela cidade, pelas instituições, pela família. Afinal de contas, concordamos com A. Beneti (2006), que nos diz: “o AT orientado analiticamente é uma extensão, uma metonímia do analista na escuta do sujeito psicótico na cidade: o analista no consultório e o AT na ‘pólis’” (p. 115). Na contingência do dia-a-dia, o fazer colocado em ato poderá se beneficiar da teoria e da clínica psicanalítica.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Acompanhamento Terapêutico e seu importante papel para aqueles que necessitam deste dispositivo foi o tema que nos impulsionou nesta pesquisa. Logo no início do trabalho, questionamos sobre como o AT pode ser orientado no intuito de superar um lugar comum, de assistência e acompanhamento sem um viés clínico. Diante deste questionamento, afirmamos a contribuição da psicanálise enquanto aporte teórico e clínico para sustentar esta prática.

Percorremos a história da loucura para entender as posições que o louco ocupou ao longo do tempo, a partir da análise feita por Foucault (1978). Entre o enigma, o enclausuramento, a inserção da ciência no tratamento e a liberdade requerida pela reforma psiquiátrica, o louco imprimiu sua marca no discurso social. E acerca do discurso científico que se insere no tratamento da loucura, enquanto método clínico e investigativo, nos questionamos sobre a atualização deste discurso segregacionista, que silencia o louco. O universo da precisão, indicado por Koyré (1991), é retomado nos exames de neuroimagem, na tentativa de encontrar fatores biológicos e físicos que expliquem o sofrimento mental. Esta exatidão cobrada pela ciência também se presentifica nos manuais de psiquiatria, na objetificação e classificação do paciente que deverá se encaixar no diagnóstico x ou y : de 0 a 10, como está o seu transtorno mental hoje?

Voltando à linha do tempo, sabemos a importância da reforma psiquiátrica para a quebra deste paradigma de tratamento excludente, para o qual os ideais antimanicomiais traçaram diferentes propostas de tratamento. O AT surge neste contexto: na década de 1960 na Argentina e posteriormente no Brasil. Esta *clínica peripatética*, muitas vezes desenvolvida na rua, traz consigo um lugar de fronteira, uma posição dentro-fora, entre o paciente, a instituição, a família, os amigos. Implica em pensar o encontro com o contingente, pois o universo controlado dos hospitais cedeu espaço para o tratamento em meio aberto. O conceito da prudência nos ajudou a pensar neste encontro, pois ela se relaciona com o saber manifestado a partir da contingência.

Esse saber diz do caso a caso, de considerarmos cada caso como se fosse o primeiro, mas não impede de pensarmos numa formalização para sustentar uma prática clínica. Quando perpassamos o desenvolvimento da clínica das psicoses, percebemos o próprio desenvolvimento de Lacan, que parte de uma estrutura binária de neurose e psicose em decorrência dos efeitos do Nome-do-Pai, para uma clínica borromeana que considera os arranjos singulares de cada sujeito — e o modo como estes se servem do Nome-do-Pai.

No primeiro ensino de Lacan, a metáfora delirante entra como uma construção que faz suplência à forclusão do Nome-do-Pai, conforme vimos com Schreber. Mas este tipo de

estabilização não está presente em todos os sujeitos psicóticos, inclusive se consideramos os sintomas atuais que trazem as toxicomanias, os transtornos alimentares, os novos modos como os sujeitos se colocam frente ao Outro.

O segundo ensino de Lacan traz uma nova forma de pensar a psicose e sua direção no tratamento, porque neste momento evidencia-se que há um gozo que permanece para todos os seres falantes (Zenoni, 2000). Qual é a forma com que cada um, seja neurótico ou psicótico, lida com esse gozo que permanece? Dizemos então que, se antes o Simbólico tinha uma primazia no ensino lacaniano, agora o Real ocupa este lugar e traz consigo este novo modo de pensar o tratamento.

O conceito de psicose ordinária, criado por Miller, nos ajudou a pensar na contemporaneidade dos sintomas que muitas vezes trazem embaraços no diagnóstico e escapam à rigidez das estruturas pré-determinadas. A psicose ordinária, desde que não banalizada em prol de um “não saber”, contribui para ressaltar as invenções de cada sujeito.

Ou seja, agora o que se torna mais interessante é acolher o que o sujeito, este mesmo sujeito louco que nada tinha a dizer de acordo com o discurso científico, propõe enquanto solução inventiva para o gozo que resta. Trata-se da “solução singular imprevisível, não codificada nos saberes protocolares” (Teixeira, 2015, p. 5). Por isso, cabe salientarmos o tratamento do Outro, que A. Zenoni (2006) indica como primordial para pensarmos na transferência que o sujeito realiza conosco, com seu Outro. Para o AT, a noção de instrumento que Zenoni (2006) indica é fundamental: qual o uso que o sujeito poderá fazer do AT? Retomamos a importância do sujeito enquanto protagonista de seu tratamento, pois o risco do AT servir aos ideais terapêuticos vindos da instituição é muito grande.

Através da trivialização e do vínculo frouxo enquanto manobras da transferência, o AT poderá acompanhar o arranjo singular que o sujeito faz com o Outro. Este arranjo diz respeito à posição de gozo, ao diagnóstico do discurso que Viganò (2010) propõe na construção do caso clínico. Tudo isso para superar a autoridade do mestre na instituição, pois quem deve ser ouvido em primeiro lugar é o sujeito. Vimos com os fragmentos de casos do Mauro e do João como cada um construiu seu arranjo frente ao Outro e como cada um utilizou do AT enquanto possibilidade de circulação pela cidade.

Após considerarmos estes conceitos como operadores na prática do AT, acrescentamos o conceito de *Sinthoma* enquanto baliza clínica para aqueles que se enveredam nesta clínica a céu aberto. O *Sinthoma* é pensado por Lacan a partir de James Joyce, escritor irlandês que constrói sua solução singular a partir de sua escrita e de seu nome próprio. Para que o *Sinthoma* se tornasse o quarto elo borromeano, foi necessário todo o desenvolvimento que Lacan realiza

em seus últimos seminários, passando do nó de três para o nó de quatro elos. E para além de ser um quarto elo que mantém os outros enodados, ele também repara o lapso do nó, seja ele neurótico ou psicótico. A partir da história de Joyce, foi possível entender como o *Sinthoma* funciona reparando o lapso de seu nó: a demissão paterna é reparada através do desejo de ser um artista e do seu nome próprio. Schejtman (2015) salienta que o *Sinthoma* faz uma restituição do laço ao Outro: os enigmas de Joyce, para manter os universitários ocupados por trezentos anos, convocam o Outro.

Nos questionamos acerca do AT, se ele poderia suportar uma função de *Sinthoma* na clínica privada ou na instituição. Isto porque vimos que Nora, a esposa de Joyce, bem como a esposa de Victor, fizeram uma função *sinthomática* para eles; ou seja, quem não é analista também pode ter esta posição. Mas quando consideramos a característica do AT em nosso país, muitas vezes exercido por estagiários e marcado por uma rotatividade destes estudantes, além de considerarmos que Lacan (1975-76/2007) afirma a especificidade do analista enquanto *Sinthoma*, reafirmamos o que trouxemos logo no início do trabalho, de pensar na operatividade clínica deste conceito na escuta do acompanhante terapêutico. Uma escuta orientada analiticamente, que consiga observar o arranjo borromeano que o sujeito realiza.

A partir dos fragmentos de casos de Antônio, Pedro e João, constatamos a escuta do acompanhante terapêutico de forma orientada a partir das soluções singulares que cada um encontra. Verificamos que a partir do contingente, do encontro com o Outro, da presença nas instituições, o AT se beneficia justamente de sua posição, de circular com o sujeito pelos diversos lugares, entendendo sua relação com o Outro e assumindo um papel de mediador.

Quando concordamos com A. Palombini (2006) que a clínica do AT, por estar a serviço da desinstitucionalização, também envolve a desinstitucionalização da clínica mesma, ressaltamos a herança obtida da psiquiatria clássica, dos efeitos segregativos do tratamento fechado. Afirmamos que o AT traz a reflexão sobre a reforma psiquiátrica, não só por surgir a partir dela, mas também por apostar nesta clínica em movimento, a céu aberto.

Por isso, não podemos deixar de colocar os riscos constantemente sofridos por esta política da reforma psiquiátrica e consequentemente pelo trabalho do AT. Chegado o *momento de concluir* este trabalho, nos deparamos com a notícia de que os representantes do Ministério da Saúde, dos estados e dos municípios, aprovaram a proposta de modificação na política de saúde mental⁴². “Entre as modificações propostas pelo governo estaria a manutenção de leitos

⁴² Trata-se da votação realizada no dia 14 de dezembro de 2017, pela Comissão Intergestora Tripartite (CIT), que aprovou as mudanças na política de saúde mental.

em hospitais psiquiátricos, a ampliação de recursos para comunidades terapêuticas e a limitação na oferta de serviços extra-hospitalares⁴³” (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2017). Estas modificações, repudiadas publicamente por diversos setores, associações e movimentos, tais como o Conselho Federal de Psicologia (CFP), bem como a Escola Brasileira de Psicanálise (EBP), desfazem todo o trabalho de desinstitucionalização já realizado desde a Lei nº 10.216/2001. O cuidado em meio aberto, que conta justamente com a função do AT, corre o risco de extinção com estas mudanças, que devolvem o estigma da exclusão e da segregação em detrimento de um discurso médico e capitalista.

Concordamos com Marcelo Veras (2017), em uma postagem de sua página pessoal no Facebook, que ao comentar sobre estas mudanças na política de saúde mental afirma que

é importante que os psicanalistas participem deste debate, há muito que a psicanálise não é apenas divã, ela participa ativamente dos espaços sobre os quais pesam novamente os discursos de segregação da loucura. Doença e loucura são conceitos que nunca se superpõem completamente. Saúde Mental é muito mais do que tratar de uma doença, ela inclui igualmente o tratamento do Outro, de sua falha, sua incompletude. Estamos em um desses momentos em que tratar o Outro é mais importante do que tratar a loucura. (Veras, 2017).

Acreditamos que o AT, orientado clinicamente pela psicanálise, não se furta de participar deste debate onde o seu próprio fazer se encontra ameaçado. Além da função clínica, apostamos também na função política do AT, de reforçar sempre o cuidado em liberdade. Concluimos que este trabalho poderá suscitar posteriores pesquisas não só acerca dos operadores clínicos para a prática do AT, como também de sua função política, de como sustentar um dispositivo que acolhe e acompanha o sujeito em meio aberto diante do mal-estar da exclusão e do silenciamento.

⁴³ Recuperado a partir de: <http://site.cfp.org.br/repudio-mudancas-politica-saude-mental/>

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amarante, P. (Org). (1995). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Aubenque, P. (2008). *A prudência em Aristóteles*. (2a ed.) São Paulo: Discurso Editorial, Paulus.
- Baio, V. (2010). O ato a partir de muitos. *Revista Curinga*, 13, 55-62. Recuperado em 06 de junho de 2017, a partir de: http://minascomlacan.com.br/wp-content/uploads/2015/02/edicao_13-pdf.pdf
- Barros-Brisset, F.O. (2010). Desinserção fundamental e laço social. *Revista aSEPHallus*, 6(11). Recuperado em 10 de junho de 2017, a partir de: www.nucleosephora.com/asephallus
- Bazhuni, N. F. N. (2010). *Acompanhamento Terapêutico como dispositivo psicanalítico de tratamento das psicoses na saúde mental* (Dissertação de Mestrado). Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia, São Paulo, SP, Brasil.
- Beneti, A. (1996). Interpretação na psicose ou manobras da transferência? *Opção Lacaniana*, 15, 89-95.
- Beneti, A. (2006). O acompanhante terapêutico nos discursos. *Opção Lacaniana*, 45, 103-115.
- Bezerra, B. A. (2016). Clínica e a Reabilitação Psicossocial. In Pitta, A. (Org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. (pp. 175-182.). (4a ed.). São Paulo: Hucitec.
- CFP repudia mudanças na política de saúde mental. (2017, 12 de dezembro). *Conselho Federal de Psicologia*. Recuperado em 12 de dezembro de 2017, a partir de <http://site.cfp.org.br/repudio-mudancas-politica-saude-mental/>
- Equipe de acompanhantes terapêuticos do hospital-dia “A Casa” (Org). (1991). *A rua como espaço clínico: acompanhamento terapêutico*. São Paulo: Escuta.
- Estagirita. (2015). In *Michaelis dicionário brasileiro da língua portuguesa*. São Paulo: Editora Melhoramentos. Recuperado em 06 de junho de 2017, a partir de: <http://michaelis.uol.com.br/busca?r=0&f=0&t=0&palavra=estagirita>
- Ferreira, C. M. R. & Trópia, M. R. A. B. (2010). O escriturário das suplências. *Revista Curinga*, 14, 124-128. Recuperado em 15 de novembro de 2017, a partir de <http://minascomlacan.com.br/wp-content/uploads/2015/02/curinga-14-pdf.pdf>
- Freud, S. (1969). Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de Paranóia (Dementia Paranoides). In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Vol. 12, pp. 15-108). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1911).
- Freud, S. (1976). A psicogênese de um caso de homossexualismo numa mulher. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Vol. 18). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1920).

- Freud, S. (1980). Os caminhos da formação dos sintomas. (J. Salomão, Trad.). In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. (Vol. 26, pp. 419-440). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1917).
- Freud, S. (1996). O inconsciente. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Vol. 14, pp. 163-222). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1915).
- Freud, S. (2016a). Neurose e psicose. In *Obras Incompletas*. (M. R. S. Moraes, trad., Vol. 5). Belo Horizonte: Autêntica. (Trabalho original publicado em 1924).
- Freud, S. (2016b). A perda da realidade na neurose e na psicose. In *Obras Incompletas* (M. R. S. Moraes, trad., Vol. 5). Belo Horizonte: Autêntica. (Trabalho original publicado em 1924).
- Foucault, M. (1978). *História da loucura na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva.
- Geômetra. (2015). In *Michaelis dicionário brasileiro da língua portuguesa*. São Paulo: Editora Melhoramentos. Recuperado em 06 de junho de 2017, a partir de: <http://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/Ge%C3%B4metra/>
- Guerra, A. M. C. (2004). Reabilitação psicossocial no campo da reforma psiquiátrica: uma reflexão sobre o controverso conceito e seus possíveis paradigmas. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 7(2), 83-96.
- Guerra, A. M. C. & Milagres, A. F. (2005). Com quantos paus se faz um acompanhamento terapêutico?: contribuições da psicanálise a essa clínica em construção. *Estilos clin.*, 10(19), 60-83. Recuperado em 06 junho de 2017, a partir de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282005000200004&lng=pt&nrm=iso
- Guerra, A. M. C., Figueiredo, A. C., Borçato, L. L., Souza, P. V., & Andrada, C. S. (2008). Sujeito e invenção: a topologia borromeana na clínica das psicoses. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 11(2), 283-297. Recuperado em 22 de outubro de 2016, a partir de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982008000200008
- Goffman, E. (1974). *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva.
- Hermann, M. C. (2008). *Acompanhamento Terapêutico e psicose: um articulador do real, simbólico e imaginário* (Tese de Doutorado). Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, São Paulo, SP, Brasil. Recuperado em 20 de maio de 2017, a partir de: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-01122009-105523/pt-br.php>
- Koyré, A. (1991). Do mundo do “mais-ou-menos” ao universo da precisão. In *Estudos de história do pensamento filosófico*. (pp. 271-288). Rio de Janeiro: Forense Universitária. (Trabalho original publicado em 1947).
- Lacan, J. (1973-74). *O Seminário, livro 21: Os não-tolos erram*. (Inédito.)
- Lacan, J. (1974-75). *O Seminário, livro 22: RSI*. (Inédito.)

- Lacan, J. (1985a). *O Seminário, livro 3: As psicoses*. (A. Menezes, trad.) Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1955-1956).
- Lacan, J. (1985b). *O Seminário, livro 20: Mais, ainda*. (M. D. Magno, trad.) Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1972-1973).
- Lacan, J. (1998a). De uma questão preliminar a todo tratamento possível na psicose. In J. Lacan, *Escritos*. (V. Ribeiro, trad., pp. 537-590). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1957-1958).
- Lacan, J. (1998b). A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud. In J. Lacan, *Escritos*. (V. Ribeiro, trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. (Trabalho original publicado em 1957).
- Lacan, J. (2003). *O seminário, livro 9: A identificação*. (I. Corrêa & M. Bagno, trad.). Recife: Centro de Estudos Freudianos do Recife. (Trabalho original publicado em 1961-62).
- Lacan, J. (2005). *O Seminário, Livro 10: A angústia*. (V. Ribeiro, trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1962-1963).
- Lacan, J. (2007) *O Seminário, livro 23: o sinthoma*. (S. Laia, trad.). Rio de Janeiro: Zahar. (Trabalho original publicado em 1975-1976).
- Lacan, J. (2012). *O seminário, livro 19: ...ou pior*. (V. Ribeiro, trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1971-72).
- Laia, S. & Aguiar, A. A. (2017). Enigma, objetivação e diluição da loucura. In Teixeira, A. & Caldas, H (Orgs.). *Psicopatologia lacaniana I: semiologia*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Lancetti, A. (2008). *Clínica peripatética*. São Paulo: Hucitec.
- Lei n. 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. Recuperado em 5 de junho de 2017, a partir de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm
- Mauer, S. & Resnizky, S. (1987). *Acompanhamento terapêutico e pacientes psicóticos: manual introdutório a uma estratégia clínica*. (W. P. Rosa, Trad.). Campinas: Papirus.
- Miller, J-A. (2008). *El partenaire-síntoma*. Buenos Aires: Paidós.
- Miller, J-A. (2010). Efeito do retorno à psicose ordinária. *Opção Lacaniana*, 1(3). Recuperado em 09 de setembro de 2017, a partir de: http://www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero_3/Efeito_do_retorno_psicose_ordinaria.pdf
- Miller, J-A. (2011a). *Perspectivas dos Escritos e Outros escritos de Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Miller, J-A. (2011b). Seminário sobre os caminhos da formação dos sintomas. *Opção Lacaniana*, 60, 11-38.

- Miller, J-A. (2012) Os seis paradigmas do gozo. *Opção Lacaniana*, 3(7). Recuperado em 09 de setembro de 2017, a partir de http://opcaolacanianana.com.br/pdf/numero_7/Os_seis_paradigmas_do_gozo.pdf
- Palombini, A. de L. (2006). Acompanhamento terapêutico: dispositivo clínico-político. *Psychê*, 10(18), 115-127.
- Palombini, A. de L. (2007). *Vertigens de uma psicanálise a céu aberto: a cidade - contribuições do acompanhamento terapêutico à clínica da reforma psiquiátrica* (Tese de Doutorado). Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-graduação em saúde coletiva, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Recuperado em 09 de junho de 2017, a partir de: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/10191/000596452.pdf?sequence=1>
- Pitta, A. (Org.). (2016). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. (4a ed.) São Paulo: Hucitec.
- Platitude. (2015). In *Michaelis dicionário brasileiro da língua portuguesa*. São Paulo: Editora Melhoramentos. Recuperado em 07 de setembro de 2017, a partir de: <http://michaelis.uol.com.br/busca?r=0&f=&t=&palavra=platitude>
- Reis Neto, R. O. (1995). *Acompanhamento terapêutico: emergência e trajetória histórica de uma prática em Saúde Mental no Rio de Janeiro* (Dissertação de Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
- Ross, W. D. *Aristóteles*. (n.d.). (2a ed., D. F. Pró, trad.) Buenos Aires: Editora Charcas. Recuperado em 20 de junho de 2017, a partir de https://drive.google.com/file/d/0B0_FjdluRK7uR1JJNVhzQ11ScHFqbDA0ejg5emtuQQ/view
- Rotterdam, E. (2007). *Elogio da loucura*. São Paulo: Martin Claret.
- Roudinesco, E. (1998). *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Santos, L. G., Motta, J. M. & Dutra, M. C. B. (2005). Acompanhamento Terapêutico e clínica das psicoses. *Revista Latinoamericana de psicopatologia Fundamental*, 8(3), 497-514. Recuperado em 01 de julho de 2017, a partir de: <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v8n3/1415-4714-rlpf-8-3-0497.pdf>
- Saraceno, B. (2001). *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. (2a ed.). Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia.
- Schejtman, F. (2015). *Sinthome, ensayos de clínica psicoanalítica nodal*. Olivos: Grama Ediciones.
- Teixeira, A. (2010a). Da inserção em saúde mental. *Revista aSEPHallus*, 6(11). Recuperado em 07 de setembro de 2016, a partir de: http://www.isepol.com/asephallus/numero_11/artigo_04_revista11.html
- Teixeira, A. (Org.). (2010b). *Metodologia em ato*. Belo Horizonte: Scriptum Livros.

- Teixeira, A. (2011). Singularidade subjetiva e metodologia clínica. *CliniCAPS*, 5(13), 1-7. Recuperado em 02 de junho de 2017, a partir de: http://www.clinicaps.com.br/clinicaps_pdf/Rev_13/Padronizado%20Antonio%20Teixeira.pdf
- Teixeira, A. (2012). A prudência do psicanalista. In Santos, T. C., Santiago, J. & Martello, A. *De que real se trata na clínica psicanalítica? Psicanálise, ciência e discursos da ciência*. Rio de Janeiro: Cia. de Freud.
- Teixeira, A. (2015). Já não creio mais em minha psicótica: Considerações intempestivas sobre a psicose ordinária. *Opção Lacaniana*, 6(18). Recuperado em 10 de setembro de 2017, a partir de: http://www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero_18/Ja_nao_creio_mais_na_minha_psicotica.pdf
- Teixeira, A. (2016). Posfácio Neurose, psicose, perversão: a implicação do sujeito na nosologia freudiana. In *Obras Incompletas*. (M. R. S. Moraes, trad., Vol. 5). Belo Horizonte: Autêntica.
- Veras, M. (2017, 13 de dezembro). *A Saúde Mental adverte, a política atual faz mal à saúde...* [Facebook update]. Recuperado em 13 de dezembro de 2017, a partir de https://m.facebook.com/story.php?story_fbid=1721000427922334&id=100000371812223
- Viganò, C. (2010). A construção do caso clínico em saúde mental. *Revista Curinga*, 13, 39-48. Recuperado em 06 de junho de 2017, a partir de: http://minascomlacan.com.br/wp-content/uploads/2015/02/edicao_13-pdf.pdf
- Zenoni, A. (2000). A clínica da psicose: o trabalho feito por muitos. *AbreCampos*, 1(0), 32-50.
- Zenoni, A. (2006). Comment s'orienter dans le transfert. *CliniCAPS: Impasses da Clínica*, (1). Recuperado em 07 de setembro de 2016, a partir de: http://www.clinicaps.com.br/clinicaps_revista_0101_sum.html.