



Psyché  
Universidade São Marcos  
psique@smarcos.br  
ISSN (Versión impresa): 1415-1138  
BRASIL

2005  
Alessandra Monachesi Ribeiro  
O LUGAR DO PSICANALISTA EM UMA CLÍNICA DAS PSICOSES: ALGUMAS  
REFLEXÕES  
*Psyché*, julho-dezembro, año/vol. IX, número 016  
Universidade São Marcos  
São Paulo, Brasil  
pp. 165-182

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal

---

Universidad Autónoma del Estado de México

  
LA MEMORIA CIENTÍFICA EN LÍNEA  
<http://redalyc.uaemex.mx>

# *O lugar do psicanalista em uma clínica das psicoses: algumas reflexões*

*Alessandra Monachesi Ribeiro*

## **Resumo**

Apresento neste artigo uma reflexão acerca do lugar do psicanalista em uma clínica das psicoses, segundo três eixos: Reforma Psiquiátrica, teoria psicanalítica sobre as psicoses e prática clínica singular, desenvolvida em um serviço público de saúde mental. Com isso, estabeleço um paralelo entre a problemática psicótica de não ter um lugar e a desterritorialização que o psicanalista vivencia nessa clínica. Tal aproximação permite pensar que o percurso de tratamento do psicótico passa, tanto quanto a inserção do psicanalista, por tentativas de construção de lugares. Se no que diz respeito ao psicótico trata-se de criar condições de falar em nome próprio, para o analista isso implica em um posicionamento ético, que lhe permite enfatizar sua condição de psicanalista andante.

## **Unitermos**

Psicanálise; psicose; saúde mental; clínica psicanalítica das psicoses; CAPS.

## ***Apresentação – o ponto de partida***

**E**ste artigo busca apresentar, como ponto central, a idéia de que a psicose é um lugar existencial e o psicótico um ser dotado de voz, vez e sentido. Proposição tão antiga quanto a psicanálise, pois veremos que Freud foi o primeiro a formulá-la, construindo o edifício psicanalítico sobre a aposta na legitimidade existente em cada constituição subjetiva, seja neurótica, psicótica ou perversa.

No ano de 2004 o Ministério da Saúde publicou o relatório chamado *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*, que funciona como uma espécie de cartilha de orientação acerca do que se tornou a política pública em atenção à saúde mental. Nele o CAPS – Centro de Atenção Psicossocial – é instituído como paradigma de atenção em saúde de forma ampla, abarcando os domínios da ética, da técnica e da política. Com isso, uma experiência

inaugurada na década de oitenta, perpassada por concepções de loucura provenientes do campo da Reforma Psiquiátrica e da psicanálise – como veremos adiante –, oficializa-se como um modelo de entendimento da loucura, como proposta de intervenção, como tecnologia de intervenção e como ação política. Uma vitória e a coroação de uma proposta alternativa à lógica asilar em saúde mental, a qual, por sua vez, entende o louco como doente, objeto do saber de um outro muitas vezes encarnado pelo saber psiquiátrico.

No entanto, o que tem sido discutido ao longo do percurso de construção de uma proposta, na qual o CAPS surge como concretização possível, é a vicissitude do mesmo ser tomado apenas como tecnologia, deslocado de qualquer posicionamento ético, fazendo com que muitas vezes o modelo CAPS gere como produto uma série de intervenções que mantenham o louco na condição de objeto<sup>1</sup>. É a atualização de uma lógica asilar presente no bojo mesmo de uma proposta dita alternativa. Ou, se preferirmos fazer uso de um conceito potente no campo psicanalítico, podemos pensar que estamos frente a frente com o retorno do recalado.

Minha insistência na idéia de que o psicótico é um sujeito digno de voz e de existência é a tentativa de recolocar em cena a discussão acerca da loucura e das formas de entendê-la. Não estamos frente a um problema resolvido pela promulgação de uma lei que coloca o fim dos manicômios, nem pela legislação que ratifica a proposta de um CAPS como o paradigma oficial de atenção em saúde mental, válido para todo o território nacional. Se assim o fosse, teríamos uma reforma psiquiátrica consolidada neste país e não trataríamos o louco, ainda, como doente assujeitado a ser tutelado por um poder médico. Parece-me, ao contrário, ser este um ponto a ser constantemente lembrado, relembrado e posto para trabalhar.

Se um dos intentos do artigo é, portanto, retomar essa idéia fundamental, penso ser importante ressaltar, também desde o início, a escolha de fazer-me acompanhar pela psicanálise para as reflexões que ora apresento, bem como o trajeto por mim delineado em torno dessa idéia.

Para trabalhar com a idéia de que o psicótico é um sujeito dotado de sentido e de que a psicose é um lugar existencial, traçarei um paralelo entre a condição psicótica e a de um psicanalista que se proponha a trabalhar com a psicose em um contexto institucional. Ou seja, tomarei a psicose como sendo a problemática da construção de um lugar, da mesma forma que um lugar terá que ser criado para o psicanalista que se disponha a trabalhar nesse campo.

No entrelaçamento entre o lugar possível para o psicótico e o lugar do psicanalista em uma clínica das psicoses, situarei minha reflexão acerca do louco e da loucura como dotados de sentido<sup>2</sup>.

Em dissertação de mestrado (Ribeiro, 2004a), realizei uma reflexão acerca do lugar que um psicanalista pode ocupar em uma clínica das psicoses, focalizando três eixos nessa construção:

- o contexto da Reforma Psiquiátrica e seus pressupostos, que delimitam técnica, ética e politicamente o campo institucional de atenção em saúde mental;
- o contexto do próprio referencial psicanalítico e as diferentes maneiras como a psicanálise pode entender a psicose;
- o contexto de uma prática clínica singular, realizada em uma instituição específica, em relação a sujeitos também singulares.

Retomarei alguns dos pontos principais daquele trabalho, a partir desses três eixos que se sobrepuseram ao longo de todo o percurso anterior, a fim de desenvolver este tema.

### ***As vicissitudes de uma clínica das psicoses***

Começando pelo campo da prática, podemos apontar que o cotidiano da clínica das psicoses em uma instituição como um CAPS – Centro de Atenção Psicossocial, serviço público, modelo de atenção em saúde mental e local onde a experiência clínica, disparadora das questões que resultaram no trabalho de mestrado, teve lugar –confronta-nos repetidamente com uma experiência que nomeei como *desterritorialização*. No dia-a-dia da clínica ficamos muitas vezes sem lugar, sem jeito, sem graça e quase sem condições de lidar com os pacientes.

O contato com a psicose em um contexto institucional aberto – no qual a tônica do atendimento baseia-se na oferta de múltiplas possibilidades, atividades e vínculos, a fim de que um sujeito se enganche em algum lugar, e possa com isso traçar um percurso de tratamento singular – traz ao profissional de saúde mental (e não apenas ao psicanalista que ali se encontra com um *setting* diferente do usual) uma série de questões. Como lidar com um cotidiano institucional que o retira da confortável posição calcada no exercício de suas

especificidades profissionais e demanda que ele esteja com os pacientes em diversas situações, suscitando recursos outros e a criação constante de novas possibilidades de intervenção? O profissional de saúde mental fica deslocado, desterritorializado, uma vez que sua formação específica revela-se insuficiente para dar conta da tarefa, tão logo esteja inserido em uma instituição como um CAPS.

O que acontece nos encontros que temos com os pacientes psicóticos? Como podemos entender o que se passa com eles e o trabalho que fazemos? Essas são, a meu ver, questões fundamentais que a experiência de desterritorialização nos coloca, obrigando-nos a uma reflexão e a um distanciamento que nos permitam encontrar um lugar e uma possibilidade de atuação.

O que são encontros com psicóticos? Desencontros, diferenças de línguas<sup>3</sup>, distâncias, erros, surpresas, desconfortos... São os acontecimentos que nos convidam a pensar e a criar alguma condição para nossa prática, uma vez que aquilo de que poderíamos dispor de maneira mais sistematizada – nossa profissão, nossa formação específica, nosso arcabouço teórico e técnico – não nos traz garantias e conforto suficientes, tampouco situa-nos frente à clínica de forma segura. O que fazer com tudo isso? E o que fazer sem nada disso? De onde podemos trabalhar?

O *não-lugar*<sup>4</sup> no qual somos colocados desde o início nessa clínica das psicoses é, a meu ver, o lugar por excelência em que o psicótico habita. Proponho uma leitura em paralelo daquilo que temos que fazer para podermos trabalhar com pacientes psicóticos, e o que eles mesmos têm que fazer em relação às próprias vidas: trata-se de arrumar um lugar, para uns e para outros. Um lugar existencial para o psicótico, um lugar profissional para aquele que com eles trabalha.

Construir um lugar demanda algo que provém da prática, aliado a algum tipo de reflexão que estruture, organize e dê inteligibilidade à mesma. Assim, quando pergunto o que estamos fazendo quando nos encontramos com o paciente, pergunto por essa lógica, por essa inteligibilidade que faz com que as intervenções ganhem um sentido para além de si mesmas. Considero, portanto, que a prática carrega consigo algum referencial, algum sistema de proposições acerca do homem, do mundo, do sofrimento e das mazelas da existência. Se for essa rede que sustenta a prática, faz-se necessário que a exploremos.

### ***Um breve apontamento acerca da Reforma Psiquiátrica***

Temos então, por um lado, o contexto da Reforma Psiquiátrica como referência. O campo institucional do CAPS no qual trabalhei, além de sua história, encontra-se profundamente marcado pela história da Reforma Psiquiátrica no Brasil e no mundo. Acerca dessa marca é importante que retenhamos apenas algumas observações.

A Reforma Psiquiátrica (Amarante, 1998; Bezerra Jr. e Amarante, 1992; Desviat, 1999) surgiu como resposta à loucura entendida como doença mental e expropriada pelo saber médico desde o século XVIII. Quando o louco tornou-se um doente, tornou-se imediatamente um tutelado, alguém que é dito e sabido por um saber que lhe é alheio, um saber médico, e ao qual o mesmo deve submeter-se. Isso retirou da loucura sua condição de produção de qualquer tipo de verdade, situando-a no campo da exclusão. A Reforma Psiquiátrica tenta colocar em questão essa verdade tão aparentemente absoluta da loucura como doença, o que se dá de maneiras distintas nos mais diversos países da Europa, nos Estados Unidos e também no Brasil.

Em que isso implica? Na sustentação da idéia de que há uma pessoa a ser tratada e não uma doença, ou seja, em uma mudança de foco. O paciente pode ser considerado como protagonista de seu tratamento, que é pessoal, particular e intransferível. Múltiplos percursos de tratamento terão que ser disponibilizados, dadas as tantas singularidades presentes em uma instituição de saúde mental. Investe-se nas várias esferas da vida, considerando-as desde os enfoques da clínica ampliada e da reabilitação psicossocial, ou seja, o cuidado se expande. Aposta-se que o aparato institucional possibilitará ao paciente a criação de um percurso singular, no qual construirá condições de maior autonomia.

Tal postura aproxima-se do que se encontra em um enfoque psicanalítico a respeito do humano, e conseqüentemente a respeito da loucura. Temos, portanto, o contexto da psicanálise como o segundo ponto de referência.

### ***Contribuições da psicanálise***

A psicanálise primou, desde suas origens, por dar lugar àquilo que não o possuía em determinado contexto ou época. Aqui também me deterei em uma breve digressão, a fim de ressaltar alguns pontos importantes que tornaram a

compreensão psicanalítica a respeito das psicoses algo necessário tanto à Reforma Psiquiátrica quanto a qualquer proposta de clínica das psicoses que pretenda respeitar a subjetividade e a singularidade da loucura.

Começamos com Freud (1893[1895]) e suas histéricas, as quais eram pessoas que padeciam de um tipo de enfermidade que não guardava qualquer correspondência com as configurações anátomo-fisiológicas propostas pela medicina. Para a grande maioria dos médicos daquela época, a histeria revelava-se sem lógica, incompreensível. Freud apostou que haveria alguma inteligibilidade naquela “estranha” maneira de sofrimento, e com isso produziu conhecimento suficiente, tanto para entender algo acerca de tal funcionamento, quanto para poder tratá-lo naquilo em que o mesmo se apresentasse como incapacitante, impeditivo para a vida daquele indivíduo.

A partir do momento em que Freud dá voz às histéricas e aposta que aquilo de que elas padecem tem sentido, não sendo absurdo, um mundo novo se descortina para ele, bem como para os psicanalistas que o sucederão: o mundo do ser humano entendido como ser em conflito, pulsional, paradoxal, governado por forças das quais não tem qualquer conhecimento – o homem tal qual a psicanálise o concebe. Isso que é apostado para as histéricas será passível de transposição para o campo das psicoses, já que o próprio Freud (1911) entende, com a análise da obra de Schreber, que o delírio – produção psicótica por excelência – tem um sentido, tal qual os sintomas histéricos. Nesse caso, trata-se de um movimento na direção da cura, do delírio como tentativa de cura.

Existem, portanto, pontos de extrema consonância e proximidade entre a Reforma Psiquiátrica e a psicanálise – mesmo sem que eu me detenha, neste momento, em considerar o notável trabalho de tantos psicanalistas no campo da saúde mental existente desde longa data. Ambas partem do pressuposto ético de que o louco é um indivíduo com voz, capaz de dizer sobre si mesmo, de produzir “obra”<sup>5</sup>, e sua loucura, portanto, não é doença a ser tratada, e conseqüentemente curada, mas uma produção plena de sentidos que deve ganhar, no âmbito do sujeito, lugar de existência subjetiva e territorial, contorno, amarrações que viabilizem uma localização – inscrição – desse ser no mundo em que vive. Tratar de um louco seria, dessa maneira, criar dispositivos para que o mesmo possa ter lugar, territorializar-se, tecer redes.

A loucura tem algo a dizer sobre si? Ou deve ser silenciada como um incômodo? A pulverização do sujeito em uma infinidade de sintomas e o descarte

da subjetividade são efetuados pelo saber médico. Com a psicofarmacologia, a loucura já não tem mais nada a dizer. A subjetividade não tem mais nada a dizer. Não há conflito, nem desejo, nem sofrimento, apenas uma supressão disso tudo e o vazio que daí resulta.

A posição do psicanalista tem a ver com a aposta no outro e em sua subjetividade, o que implica a escuta desse outro. Há que se estar disponível para encontrar com ele, ouvi-lo, o que novamente tira-nos do lugar. Como encontrar com esse outro tão estranho<sup>6</sup> que é o psicótico?

Quando apostamos em sua fala, o psicótico pode sentir-se à vontade para apresentar suas verdades, e com issosua construção delirante (quer ela já exista ou tenha que ser criada naquele lugar no qual pode ser dita e vivida). O delírio pode ser sua forma de criação de um lugar de existência, de uma versão de si e de sua história, e é fundamental que seja tomado em consideração.

A aposta no sentido traz a legitimação daquilo que o psicótico tem a dizer, o que pode permitir que ele crie para si um lugar legítimo de existência. Percebemos com isso a importância da postura daquele que trata do psicótico para o que será possibilitado por esse tratamento.

Construir um lugar dependerá do lugar que o outro nos atribui, isso já foi constatado por muitos autores psicanalíticos que perceberam a importância fundamental do outro na constituição do eu. É uma afirmação válida também para o campo da psicanálise propriamente dita e para o lugar que o indivíduo psicótico poderá ocupar, dependendo da aposta que o outro (o analista) sustentar a seu respeito, o que se perceberá pelo lugar que irá lhe atribuir (basicamente, lugar de sujeito ou de objeto de um conhecimento).

De toda forma, a psicanálise propicia uma forma de entender o ser humano e seu sofrimento que leva em conta aquilo que esse sujeito sabe de si – até naquilo em que mais ignora. O sujeito está implicado em seu tratamento e nesse conhecimento que a experiência psicanalítica pode propiciar. Por isso, parece-me importante tentar entender como a psicanálise pensa as psicoses, já que disso depende a sustentação da aposta nos pacientes psicóticos como pessoas que têm a dizer de si mesmas. Qual é o lugar que o sem-lugar ocupa?

Se tomarmos esta questão para ser pensada a partir do referencial psicanalítico, teremos que ressaltar que a psicose só pode ser abordada pela psicanálise desde fora. A fala gestada pelo campo psicanalítico a respeito do psicótico abriga em si um desencontro fundamental o que – se pode parecer

angustiante por não abarcar de forma absoluta a experiência da psicose – torna-se um alento exatamente pelo mesmo motivo. O conhecimento sobre a psicose não se absolutiza, não consegue tornar-se verdade, deixando margem para dúvidas.

A psicanálise parte da *aposta* no sujeito e na verdade que ele traz acerca de sua condição. Aposta que existe alguém ali capaz de desejo, de construir psiquismo e de se relacionar. Assim, a pergunta não é mais se o psicótico é sujeito, se tem inconsciente ou se faz transferência, mas uma pergunta pelas peculiaridades de tudo isso na singularidade da condição psicótica. Retomarei sinteticamente essa discussão.

Começo pelo mais recente, a maneira pela qual os psicóticos relacionam-se em um contexto de tratamento, para daí lançar algumas elaborações sobre quem ele é e como se organiza. Parto, portanto, da idéia de transferência psicótica tal qual conceituada por Melanie Klein (1946, 1955) e seus colaboradores. Temos a apresentação da relação com o outro, sendo que ele está, paradoxalmente, na posição de inexistente e na posição de incorporado. Há um estado de confusão e o conceito de identificação projetiva surge como o meio de comunicação da psicose. Assim, o psicótico se relaciona de maneira confusa, precipitada, rápida, intensa, o que suscita no outro um sem-número de experiências viscerais. Ele inculca no outro seus próprios conteúdos e os percebe como ameaça que vem de fora. Trata-se de uma comunicação porque com a projeção ao outro é possibilitado saber o que ele vive desde dentro, desde a própria experiência. Tal é o tipo de relação e de comunicação que o psicótico estabelece. Mas será possível falar em separação entre o eu e o outro na psicose? Será possível supor que a projeção é algo que ele faz incidir em um outro?

Onde está o psicótico na relação que estabelece? E onde está o outro? Winnicott (1945, 1951, 1952, 1962, 1963, 1965, 1969) apresenta a idéia da dependência absoluta no início da constituição do eu. O indivíduo depende do ambiente para se constituir e terá que se defender das falhas no início de tal constituição, sendo a psicose uma organização defensiva que se articula contra essas falhas extremamente precoces.

Com a noção da mãe suficientemente boa, o que se apresenta é a condição de proporcionar ao bebê a ilusão acerca de seu papel na construção de um mundo e um eu separados. A desilusão necessária difere da invasão do outro como algo de fora que se impõe, antes que o sujeito possa experimentá-la.

Segue-se a isso o colapso e a experimentação das angústias inomináveis. O colapso diz respeito ao que não foi vivido, já que não existia quem o vivesse. Gerou-se a necessidade de reagir, ao invés de agir, e o bebê se constitui defensivamente. Em suma, o bebê não pode se defender das falhas do ambiente enquanto depende absolutamente do mesmo, e a psicose é o que surge como defesa contra essa falha – que diz respeito ao momento de constituição do eu.

Assim, contrariamente ao que propunha Klein, se considerarmos tais formulações winnicottianas, entenderemos que a relação que o paciente psicótico estabelece é sem sujeito e sem outro, porque ele está em um estado de acontecimentos sem sujeito. O analista é quem ocupa o lugar de sujeito, de quem é capaz de agir e existir, e o psicótico apoia-se nisso para construir condições para sua própria existência.

Mas, é o suficiente? Isso dá conta da experiência psicótica? Ou, mesmo com toda essa disponibilidade de acompanhamento e sustentação da condição do psicótico que se apresenta à nossa frente, ainda sobra um resto irreparável?

Se nos propusermos a pensar sobre o irreparável, teremos que pensar sobre o trágico<sup>7</sup>, e para isso teremos que nos embrenhar por uma outra linha de abordagem em psicanálise que o tome em consideração.

Retornamos a Freud (1894, 1896, 1900) e sua idéia de que um psiquismo defende-se e busca o prazer. A diferença quanto às formas de adoecimento dá-se devido às diferentes organizações de defesa, sendo a psicose uma delas. O psiquismo constitui-se apoiado nas idéias de inconsciente, recalque, sexualidade, complexo de Édipo e castração. Como tudo isso articula-se na psicose?

Segundo Freud (1914), teremos que considerar o narcisismo e a regressão do investimento para o eu. O delírio aparecerá como reinvestimento no mundo, tentativa de cura, ponto final ideal para um processo de defesa contra um desejo intolerável, com o conseqüente desinvestimento no mundo, apresentado pela idéia de fim de mundo, a perda das experiências e de seu registro psíquico, com as palavras que se tornam coisas. Mas essa maneira de se defender não parte de um recalque propriamente dito, e Freud (1925) chamará de recusa o que Lacan (1955-56) nomeará como forclusão.

Considerando então o aspecto trágico, não temos como pensar que a psicose seja “recuperável” – no sentido de cura, adaptação, normalização –, mesmo que o analista se disponibilize ao paciente e àquilo que não foi vivido.

O trágico como irrecuperável, algo da condição humana, um mal-estar essencial que nos acompanha, aponta para um resto, uma sobra, um irreduzível. É o limite e o saber sobre o mesmo. O psicótico, que pode fugir ao trágico pelo absoluto de seu delírio, nem assim escapa a ele. Não escapa de sua condição, de seu psiquismo, da maneira como se organizou, de suas origens, das provocações que o mundo faz. Então, o que ele faz de sua condição? E o que o analista faz do limite que a psicose impõe?

Piera Aulagnier (1990) apresenta a idéia da constituição do eu a partir do discurso do outro. A condição primeira de um ser humano é de alienação e dependência, e é nesses inícios que algo acontece e origina a psicose. O psicótico não tem como existir como sujeito por não ser denominado como tal no discurso do outro. Ele é um apêndice do corpo da mãe, um mero pedaço de carne que não tem acesso à possibilidade de desejar. A psicose configura-se como reação do sujeito a esse lugar de não-existência a que foi submetido. Novamente a idéia de psicose como algo que vem depois de um outro acontecimento, como organização de defesa, o que reforça a idéia de que ela tem um sentido e uma legitimidade.

O psicótico defende-se do lugar em que foi colocado por meio da forclusão. Esta funciona como ponto de partida para a criação de uma prótese para algo que não aconteceu: a amarragem em torno de uma organização central que organize o sujeito como tal, a função paterna. Daí a errância e a impossibilidade de se referenciar, o que faz com que o psicótico tenha que conhecer tudo para se localizar, perdendo-se logo a seguir. Não há passado nem história, e ele necessita de um saber totalizante, absoluto, sem margem para dúvidas. O delírio surge como a criação que substitui aquilo que ele não tem e referencia sua existência. Sua defesa é a criação de uma metáfora, de algo que vá além do mero pedaço de carne, que o torne mais do que isso – uma defesa contra ser destinado a ser coisa. É a possibilidade de *autoria*, de *falar em nome próprio*. O sujeito é interpelado pelo mundo a se posicionar e movimenta-se de sua errância para a construção de um saber de si e do mundo nos moldes do saber neurótico, só que com as singularidades de um saber psicótico.

O lugar do psicótico é recolocado a partir do Édipo e da castração, mas já se encontrava marcado como possibilidade desde os primórdios de sua constituição. É o lugar possível que o sujeito construiu, no qual o delírio pode ganhar destaque. O delírio pode ser aproximado do sintoma, posto que revela e é fruto da intrincada organização psicótica, uma construção que busca

remendar o que não foi inscrito, possibilidade de comunicação de uma verdade. O delírio é paradoxal: encarcera e possibilita o movimento. Acompanhar o paciente na construção de seu delírio é o que fazemos?

### ***Retomando a prática clínica: qual o lugar do psicanalista em uma clínica das psicoses?***

Começamos com o psicanalista desterritorializado em uma clínica institucional das psicoses e percorremos algumas pontuações psicanalíticas que situam o psicótico como alguém que traz como questão existencial essa mesma problemática de desterritorialização, de partir de um não-lugar no qual é constituído para, através do próprio transcorrer de sua psicose, criar algum lugar de existência e de sentido para si mesmo. Vimos como, nesse percurso entre a desterritorialização e a re-territorialização, ou entre o não-lugar e o lugar possível, os campos da Reforma Psiquiátrica, e principalmente da psicanálise, contribuem visivelmente. Ambos partem de um posicionamento ético necessário para que esse trajeto aconteça como tal: a aposta no psicótico como um sujeito com voz e vez. Assim, a retomada das contribuições psicanalíticas para o entendimento das psicoses revela-se enriquecedora para a construção não apenas de um saber diferenciado sobre a psicose, mas de um campo de intervenção que não descarte o potencial da aposta nos sujeitos singulares para a construção de seus lugares.

Quero concluir esta retomada enfatizando especificamente algumas ressonâncias destas reflexões para o fazer analítico na clínica das psicoses. Qual pode ser o lugar do analista nessa clínica? Início com a idéia de que um psicanalista que trabalha na clínica das psicoses é um *psicanalista andante* (Ribeiro, 2004a), um acompanhante, alguém que perde seu lugar e se dispõe a acompanhar o psicótico em suas errâncias, tanto para ajudá-lo a criar um lugar existencial para ele, quanto para construir um lugar profissional para si mesmo.

Refiro-me novamente à postura ética que a psicanálise propicia nessa clínica, e que serve de sustentáculo para que o psicanalista, o profissional de saúde mental – ou até, de forma mais abrangente, o serviço de saúde mental – possa arriscar-se a ser desterritorializado, tirado de seu lugar no encontro com a psicose, sem no entanto perder a condição de trabalhar. *Poder andar sem perder o lugar*, este é o paradoxo daquele que chamei de psicanalista andante, a fim de acentuar essa condição tão cara àqueles que trabalham com psicóticos: a disponibilidade de acompanhar um outro sujeito por onde quer que ele transite.

Tal idéia pode ser pensada desde seu aspecto mais banal: há inúmeros psicóticos que andam – e muito –, e acompanhá-los demanda disponibilizar-se para tais caminhadas. Podemos tomá-la também como uma ênfase na condição fluída necessária a todo psicanalista que se proponha a acompanhar um sujeito em suas livres associações: a atenção flutuante e as andanças psíquicas, territoriais, corporais – ênfase na fluidez demandada ao par analítico. Ou até nas aproximações possíveis entre o psicanalista andante e aquilo que é concebido como acompanhamento terapêutico – prática modelar dessa clínica das psicoses –, tema para ser desenvolvido em outro momento.

A construção de um lugar de analista na clínica das psicoses implica na sustentação daquilo que Figueiredo (2000) chamou de *presença reservada*, ou seja, na criação da condição de manter um paradoxo entre disponibilizar-se o suficiente para que o encontro e o acompanhamento de um psicótico aconteça, e ao mesmo tempo manter-se ausente o suficiente para que esse indivíduo possa ocupar o espaço com toda sua singularidade, podendo constituir-se em sua especificidade nessa relação. Andamos no fio da navalha entre a presença e a ausência, e tal seria a difícil arte de manejo necessária ao psicanalista, a fim de que o mesmo não se burocratizasse no tipo de circulação que propõe a seus pacientes, tampouco os eternizasse em uma condição de dependência alienante.

Vale lembrar o que disse Jean Oury (1988-89) a respeito da ética psicanalítica no tratamento das psicoses:

Parece-me que o que está em questão (...) é que se não levarmos em conta os conceitos como o inconsciente, a transferência, a pulsão, (...) se não levarmos em conta, mesmo implicitamente, (...) escorregamos rapidamente para uma organização de serialidade, com uma hierarquia medonha, e no fim das contas uma organização concentracionária, mesmo se tentarmos retomar isso com as teorias da moda. Dizendo de outro modo, essas noções fazem parte de um arsenal conceitual, com a ajuda do qual podemos procurar separar o que há de mais específico em cada um e considerar cada indivíduo que está aí numa dimensão ética (quer seja um imbecil, um idiota, um encefalopata, um gênio, etc): como uma pessoa; quer dizer, numa dimensão de unicidade, com um respeito absoluto (p. 12).

Se me estendo na citação de Oury é para ressaltar que a aposta que se faz no psicótico como uma pessoa é uma aposta ética, algo que a psicanálise com seu arcabouço conceitual possibilita e exige, tanto quanto os pressupostos que deram origem a uma Reforma Psiquiátrica: que o outro seja sempre considerado em sua singularidade, quem quer que ele seja.

A posição que aquele que trabalha na clínica das psicoses, a partir de um referencial psicanalítico, pode sustentar remete-nos para as questões da ética. Sua presença é reservada, disponível e confiável. Oferece espaço, tempo e suporte para os conteúdos e experiências que surgirem. Facilita o trânsito e a comunicação. Implica-se pessoalmente no processo de cura, utilizando-se de suas reações contratransferenciais como material que também diz respeito àquele processo terapêutico, e além disso, como possibilidade de viver pelo paciente (projetivamente) aquilo que ele ainda não pode. Mantém-se reservado e pode ser criado pelo paciente. Com sua presença cria a possibilidade de ausentar-se e de que o paciente possa prescindir dele. Mantém-se neutro, ouve tudo sem preferir nada em especial, suspende seus julgamentos morais e espera o que está por vir. Em suma, trata-se de um lugar de constante tensão entre a implicação que o estar presente exige e a reserva de si mesmo (ausência) que também é necessária para que uma análise se dê.

A clínica das psicoses impõe constantemente novidades, desafios e impasses. É interessante abrir-se para o novo e ver até onde ele pode nos levar. Isso faz com que a psicanálise se atualize desde a clínica. Ao mesmo tempo, a atualidade e a possibilidade de olhar para novos e velhos acontecimentos parece provir da permanência de antigas idéias que ainda vigoram. Desde Freud, e isso não parece ter se modificado, sabemos que o ser humano sofre e adoce de motivos que desconhece. Sabemos pouco de nós mesmos, e mesmo aquilo que desconhecemos existe e atua em nós. Deixamo-nos levar por esses caminhos da nossa existência, defendendo-nos da melhor maneira daquilo que nos faz sofrer e buscando conquistar tudo aquilo que temos como ideal. Desta perspectiva, tratar o adoecimento é sempre conhecer, entender, construir, criar novas opções, experimentar outras possibilidades. O analista pretende apenas que algo se modifique e o sofrimento se atenuie. As maneiras como chegará a esse objetivo – ideal que nunca se atinge totalmente – são suas criações técnicas e de enquadre. Ele circula, ao mesmo tempo em que procura manter-se em seu lugar.

Havendo um paciente e um analista, há um trabalho que pode ser feito a partir da psicanálise. Existe uma análise passível de ser feita com pacientes psicóticos. Há um campo de atuação para o psicanalista nos serviços de saúde mental. O analista abre-se à escuta, busca encontrar sentidos, construir significações. Sustenta com seu corpo e sua presença a possibilidade de um tratamento, a disposição de estar junto e a abertura para viver experiências que ajudem o paciente a colocar-se em movimento. Mantém-se reservado,

não se mostrando mais do que o necessário para que o outro saiba que está acompanhado de alguém, de um ser existente. Algumas vezes o necessário é muito, é colocar o rosto em frente ao rosto do paciente com seus trejeitos autistas, até que o olhar dele não nos atravesse mais. Noutras é bem menos – um cumprimento no corredor, um gesto que confirme a existência desse indivíduo. Mas o analista pode ter essa flexibilidade, essa capacidade de adaptar-se ao que o paciente precisa, e a partir daí estabelecer contatos, criar vínculos. Ter chance de conhecer a história, ouvir seus delírios, fazer parte deles, ser chamado a estar próximo muitas vezes, e ser ignorado noutras tantas. Conviver com a brutalidade afetiva do psicótico e poder falar de nuances. Parece uma conversa de loucos, mas convenhamos, quantas vezes mesmo poderíamos dizer que um psicótico já conversou com alguém que o escute? Esta é uma questão tão antiga quanto a psicanálise, e que como ela, não perdeu sua atualidade, mesmo com as modificações que a própria psicanálise e a Reforma Psiquiátrica puderam implementar.

Existem momentos, ou análises inteiras, que ocorrem “fora do padrão” – daquilo que nos acorre de maneira mais estigmatizada à memória quando pensamos em um analista exercendo seu ofício –, momentos nos quais o sujeito necessita de uma outra coisa, que pode ser delimitada pelo que apresentei em outra ocasião como experiência e como construção (Ribeiro, 2004a). Ele necessita, em suma, de um lugar no qual possa existir: é a isso que as noções de experiência e de construção remetem, à constituição de uma existência, quer como história, quer como acontecimento. É necessário construir um psiquismo para então movimentar-se por ele. Com o paciente psicótico encontramos-nos muitas vezes no momento dessa construção de uma possibilidade de existir. O analista empresta-se para que o sujeito possa tomar forma, dá nomes, oferece o corpo como delimitação possível, enfim, faz algo parecido com o que uma mãe faz com um bebê pequeno para que ele possa existir como tal. Mas nunca faz apenas isso, já que mantém presente a idéia de que esse empréstimo de si só faz sentido se for para que o paciente possa, com o tempo, não precisar mais. A dependência será experimentada porque é percurso necessário rumo à independência. Ou seja, a análise começa para poder terminar.

Do não-lugar a que a clínica das psicoses nos remete, construímos a possibilidade de um lugar, tanto para quem trabalha nessa clínica quanto para o psicótico. O desafio do profissional de saúde mental envolve esses dois campos: sustentar seu lugar e acompanhar o psicótico na construção do lugar dele. A construção de um delírio por parte do psicótico ao longo de seu

processo de tratamento pode significar construção de si, de um sujeito vinculado a uma história, e que pode existir a partir dela, movimentar-se pelo mundo e posicionar-se frente aos outros. É a criação de um conteúdo em um lugar anteriormente vazio, ou em um lugar atravancado de coisas em desordem. Quando um psicótico produz um delírio apresenta a substância com a qual é possível iniciar um novo jogo: aquele da articulação entre essa sua história delirante tão singular, cheia de certezas e de convicções isoladas e a história do mundo.

## Notas

1. Para um aprofundamento da discussão em torno das tensões existentes no modelo CAPS de atendimento em saúde mental, indico o texto de minha autoria: *Uma reflexão psicanalítica acerca dos CAPS: alguns aspectos éticos, técnicos e políticos* (Ribeiro, 2004b).
2. Trabalharei neste artigo, sempre que o ponto de vista psicanalítico estiver implicado em minhas observações, com a idéia de psicose enquanto uma organização psíquica marcada por certas peculiaridades – as quais pontuarei brevemente adiante. Isso não implica uma desconsideração de que existem diversas “psicoses” sob tal denominação, nem uma desconsideração da existência de inúmeros “psicóticos”, cada qual com sua singularidade. A generalização em torno da denominação psicose é algo corrente em psicanálise desde Freud, que escreveu sobre neurose, sobre neuroses e sobre neuróticos singulares, sem que uma delimitação mais ou menos abrangente funcionasse como generalização ignorante das diferenças a serem marcadas, mas apenas como delimitação do campo no qual suas reflexões incidiam em cada momento. Neste artigo o campo é o da psicose como organização psíquica – estrutura –, o que me manterá nesse âmbito de generalização.
3. Uso a idéia de diferença de línguas na acepção dada por Ferenczi (1933) em seu texto *Confusão de línguas entre adultos e crianças*.
4. Desenvolvi a idéia de não-lugar do trabalhador e do usuário de saúde mental a partir de livro de Marc Augé (1994), no qual ele elabora tal conceito.
5. A idéia de “obra” foi desenvolvida a partir de texto de Joel Birman (1992).
6. Estranho, neste contexto, utilizado no sentido dado por Freud (1919) em texto homônimo, como o estranho familiar.
7. A idéia de trágico aqui utilizada foi desenvolvida por Mauro Meiches em *A travessia do trágico em análise* (2000).

## *Referências Bibliográficas*

- AMARANTE, Paulo (coord). *Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
- AUGÉ, Marc. *Não-lugares: introdução a uma antropologia da supermodernidade*. Campinas: Papirus, 1994.
- AULAGNIER, Piera. *Um intérprete em busca de sentido II*. São Paulo: Escuta, 1990.
- BEZERRA Jr., Benilton; AMARANTE, Paulo (orgs). *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.
- BIRMAN, Joel. A cidadania tresloucada: notas introdutórias sobre a cidadania dos doentes mentais. In: BEZERRA Jr., B.; AMARANTE, P. (orgs). *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.
- DESVIAT, Manuel. *A reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
- FERENCZI, Sándor. (1933). Confusão de línguas entre os adultos e a criança. In: \_\_\_\_\_. *Obras completas – Psicanálise IV*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.
- FIGUEIREDO, Luís Claudio. Presença, implicação e reserva. In: \_\_\_\_\_. FIGUEIREDO, L.C.; COELHO Jr., N. *Ética e técnica em psicanálise*. São Paulo: Escuta, 2000.
- FREUD, Sigmund. (1893[1895]). *Estudos sobre a histeria*. In: \_\_\_\_\_. *Obras completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. vol. II.
- \_\_\_\_\_. (1894). *As neuropsicoses de defesa*. In: \_\_\_\_\_. *Obras completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. vol. III.
- \_\_\_\_\_. (1896). *Novas observações sobre as neuropsicoses de defesa*. In: \_\_\_\_\_. *Obras completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. vol. III.
- \_\_\_\_\_. (1900). *A interpretação dos sonhos*. In: \_\_\_\_\_. *Obras completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. vol. IV-V.
- \_\_\_\_\_. (1911). *Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia (Dementia Paranoides)*. In: \_\_\_\_\_. *Obras completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. vol. XII.
- \_\_\_\_\_. (1914). *Sobre o narcisismo: uma introdução*. In: \_\_\_\_\_. *Obras completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. vol. XIV.
- \_\_\_\_\_. (1919). *O estranho*. In: \_\_\_\_\_. *Obras completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. vol. XVII.
- \_\_\_\_\_. (1925). *A negativa*. In: \_\_\_\_\_. *Obras completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. vol. XIX.
- KLEIN, Melanie. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. In: \_\_\_\_\_. *Envy and gratitude and other works 1946-1963*. London: Vintage, 1997.

\_\_\_\_\_. (1955). On identification. In: \_\_\_\_\_. *Envy and gratitude and other works 1946-1963*. London: Vintage, 1997.

LACAN, Jacques. (1955-56). *As psicoses* Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.

MEICHES, Mauro Pergaminik. *A travessia do trágico em análise*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*, Ministério da saúde, Secretaria de atenção à saúde, Departamento de ações programáticas estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

OURY, Jean. *A transferência*. Seminário apresentado na Clínica de La Borde, França, 1988-1989.

RIBEIRO, Alessandra Monachesi. *Em busca de um lugar: itinerário de uma analista pela clínica das psicoses*. 159p. Dissertação (Mestrado). Programa de Psicologia Clínica, PUC-SP. São Paulo, 2004a.

\_\_\_\_\_. Uma reflexão psicanalítica acerca dos CAPS: alguns aspectos éticos, técnicos e políticos. Aula do módulo: "Atualidades no atendimento de psicóticos". *Curso de Especialização em Psicopatologia do NAIPPE-USP*. São Paulo, setembro de 2004b.

WINNICOTT, Donald W. (1945). Primitive emotional development. In: \_\_\_\_\_. *Collected papers: through paediatrics to psychoanalysis*. London: Karnac Books, 1984.

\_\_\_\_\_. (1951). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In: \_\_\_\_\_. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

\_\_\_\_\_. (1952). Psychosis and child care. In: \_\_\_\_\_. *Collected papers: through paediatrics to psychoanalysis*. London: Karnac Books, 1984.

\_\_\_\_\_. (1962). A integração do ego no desenvolvimento da criança. In: \_\_\_\_\_. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

\_\_\_\_\_. (1963). Fear of breakdown. In: \_\_\_\_\_. *Psycho-analytic explorations*. Cambridge: Harvard University Press, 1997.

\_\_\_\_\_. (1965). The psychology of madness: a contribution from psycho-analysis. In: \_\_\_\_\_. *Psycho-analytic explorations*. Cambridge: Harvard University Press, 1997.

\_\_\_\_\_. (1969). O uso de um objeto e relacionamento através de identificações. In: \_\_\_\_\_. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

## ***The Psychoanalyst's Place in the Clinic of Psychosis: Some Reflexions***

### **Abstract**

On the following article, I shall be presenting a reflex ion concerning the psychoanalyst's place in the clinic of psychosis, which will be directed according to three axis : the Psychiatric Reform, the psychoanalytical theory of psychosis and the singular clinical practice developed in a mental health care public institution. Thus, I intend to establish a parallel between the psychotic problematic of not having a place of existence and the "de-territorialness " that the psychoanalyst experiences within his clinical practice. Such an approach allows us to think that the psychotic treatment, as well as the psychoanalyst's insertion in a mental health care institution, have both something to do with the construction of spots. As long as the psychotic is concerned, this means to create conditions for him to speak for himself. To the analyst, it demand him for engagement with an ethical position, that allows him to emphasize his condition as a "walker psychoanalyst".

### **Keywords**

Psychoanalysis; psychosis; mental health; psychoanalytical clinic of psychosis; CAPS (Psychosocial Attention Center).

### **Alessandra Monachesi Ribeiro**

Psicanalista; Membro do Departamento de Psicanálise do Instituto *Sedes Sapientiae*;  
Mestre em Psicologia Clínica (PUC-SP).

Rua Sampaio Viana, 75 / 505 – 04004-911 – Paraíso – São Paulo/SP

tel: (11) 3885-8755

e-mail: [alemonachesi@uol.com.br](mailto:alemonachesi@uol.com.br)

recebido em 24/11/04

versão revisada recebida em 04/04/05

aprovado em 14/04/05