

# 1

## Introdução

Habitualmente, os primeiros contatos com os serviços de saúde mental vêm atravessados por um conjunto de idealizações, alguns preconceitos e muita expectativa. Como funciona o trabalho numa instituição? E numa instituição que é um hospício? Como é a convivência com os pacientes, isto é, com os loucos? A idéia do que deve ser a psicose costuma ser um tanto fantasiada, marcada por compreensões massificadas, eventualmente banalizadas, sobre a loucura e sobre a possibilidade ou impossibilidade de seu tratamento.

Nosso objeto de estudo surgiu à medida que essas compreensões massificadas foram dando lugar à própria experiência clínica, experiência essa que abre caminhos anteriormente inimagináveis e que vão sendo ofertados pelo encontro singular com cada paciente. É desse lugar, da clínica, que nasce o interesse por esta pesquisa. Enunciando de modo abrangente o nosso objeto de estudo, teríamos o seguinte: de que maneira se dá a construção dos laços do sujeito psicótico com o mundo?

Em “Notas Psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia”, vemos que as imagens escolhidas por Freud para descrever o acometimento da crise psicótica são “*catástrofe interna*” e um “*mundo subjetivo que chegou ao fim*” (Freud, 1911-3, p.94)<sup>1</sup>. Contudo, Freud não se limita a repetir os prognósticos niilistas que eram proferidos então sobre os casos de psicose; ao contrário aponta um caminho para o mundo subjetivo, até então, fadado ao fim. Ele diz: “(...) o paranóico constrói-o de novo, não mais esplêndido, é

---

<sup>1</sup> Os textos de Freud e Lacan que serão citados ao longo desta dissertação trarão apenas as datas dos trabalhos originais, a partir das quais será possível identificar o texto a que se está fazendo referência.

verdade, mas pelo menos de maneira a poder viver nele mais uma vez. Constrói-o com o trabalho de seus delírios” (Freud, 1911-3, p.94). Assim, a partir deste texto, como se sabe, tão fundamental para a teoria das psicoses<sup>2</sup>, o delírio passa a figurar como um caminho possível para que o paciente psicótico possa *voltar a viver*.

Contudo, a clínica de todos os dias não mostra muitos pacientes que, como Schreber, conseguiram, a partir da construção de um novo lugar no mundo, uma proteção contra a desestruturação experimentada na psicose. Vemos, no lugar de sujeitos que encontraram substitutos para o *mundo subjetivo que chegou ao fim*, alguns, não poucos, que permanecem numa espécie de limbo, num estado em que não se percebe qualquer vislumbre de estabilização, ainda que delirante. Suas vidas ficam interrompidas: alucinam, reinterpretem situações antes já compreendidas, sentem-se invadidos, perseguidos. É como “estar no olho do furacão”, me disse certa vez um paciente: tudo parece ser atraído para si próprio – insultos, deboches, ameaças. Mas essas experiências, em vez de evoluírem para uma construção que, embora delirante, poderia conferir-lhes um lugar no “novo mundo”, apontam apenas para a sua inadequação ao mundo de agora, que não é mais o mesmo mundo de antes e, ao mesmo tempo, ainda não é, por assim dizer, habitável.

Retomando nossa questão: quais são os caminhos possíveis em direção a algum sentido de estabilização quando este sujeito não é capaz de construir um delírio que lhe sirva como defesa? E sem esse delírio capaz de funcionar como ponto de apoio ao paciente, como avançar na clínica? O vislumbre de

---

<sup>2</sup> Faz-se necessário precisar a que nos referimos quando utilizamos a categoria “psicose”. Mais adiante o faremos, por ora, basta assinalar que o termo abrange para nós tanto os delirantes como os “no limbo”.

resposta a essa pergunta, acreditamos que virá a cada vez, apenas com a investigação e o trabalho com os pacientes. É, portanto, a trajetória de cada um que poderá apontar os caminhos da clínica a ser construída, uma vez que aquilo que nos pode orientar é o tipo de solução que cada um inventa para amarrar, para construir seu suporte.

No dia-a-dia da clínica com a psicose é comum travarem-se discussões que versam sobre o trabalho possível a ser feito com os pacientes. Quando utilizamos a expressão *trabalho possível* é porque entendemos que nesta clínica estamos a todo momento diante de algum tipo de radicalidade: a experiência psicótica é radical, a certeza é radical e os índices de saúde mental e qualidade de vida são pautados por referenciais radicalmente outros. O trabalho possível é, então, aquele que apesar da radicalidade, ou melhor, é aquele que assumindo a radicalidade da situação, seus limites e as suas opções, procura avançar com instrumentos que, se não negligenciam o que já se escreveu e se pensou sobre a psicose, pedem sempre um certo ajuste, uma calibragem delicada e trabalhosa, para que, ainda uma vez, sejam úteis.

Normalmente partimos, na psicanálise, do pressuposto de que nos devemos orientar pelas coordenadas oferecidas pelo próprio paciente, ou dito de outro modo, que nos devemos orientar pelo material psíquico trazido por ele. Daí partiriam as apostas clínicas, as tentativas, os erros, a insistência do analista em procurar sempre alternativas aos caminhos que parecem sem volta.

Sabemos que, no dia-a-dia do trabalho, talvez tenhamos dois desfechos mais típicos a este dilema do que fazer quando não se está diante de um paciente que, sozinho, constrói sua própria solução: ou assistimos a uma progressiva desistência por parte da equipe que se vê incapaz de ajudá-lo a criar alguma saída e, diante disso, opta por cuidar do que restou da crise com

internações, intervenções medicamentosas e tolerância aos comportamentos, ou se monta uma compreensão do caso clínico, segundo uma lógica que corre o risco de ser feita de dentro para fora, porque supõe o enxerto de sentidos e de valores àquilo que se recolhe das falas do paciente.

Essa segunda alternativa, que assim descrita poderia parecer ingênuo ou forçada é, na realidade, um caminho bastante conhecido. Orientados por uma palavra de ordem típica à comunidade lacaniana, que nos convoca a *não recuar diante da psicose* acabamos por montar com o paciente (ou *para ele*, ou *para nós mesmos*) uma história que dê sentido ao seu enlouquecimento, promovendo conexões e amarrações que fazem de um conjunto de idéias delirantes<sup>3</sup>, um aparente delírio constituído e estável, capaz de se estabilizar naquilo que Lacan chamou de *metáfora delirante*<sup>4</sup>. De modo redutor acabamos usando a expressão como uma espécie de *ponto de chegada*, objetivo a ser alcançado, e que seria uma espécie de sinônimo de estabilização da loucura para a desorganização que ora se apresenta.

A intenção parece boa: talvez o que impulse na direção da produção de um *ponto de chegada* seja a esperança de que a reprodução desta matriz de solução possa afastar o paciente da condenação a que a ruptura com o social induz, já que, com ela, algo da ordem de uma estabilização parece acontecer a partir do trabalho de significação, de elaboração que o paciente inicia. Contudo, é importante ressaltar que essa significação – para ter o valor estabilizante que se espera – não deveria deixar de ser algo produzido pelo próprio paciente, não deveria deixar de ser algo, digamos assim, autoral.

---

<sup>3</sup> “(...) chamamos idéias delirantes autênticas aquelas que remontam, na fonte, a uma vivência patológica primária ou exigem, como pressuposição de sua explicação, a transformação da personalidade” (JASPERS, K. *Psicopatologia Geral*, p.131).

<sup>4</sup> Mais adiante nos ocuparemos especificamente de seu mecanismo.

Nesse sentido, estamos diante do perigo de se caminhar numa borda que, de um lado, diante da ausência de uma produção delirante sistematizada, acaba por forçar sentidos não oferecidos pelo paciente, que servem, na melhor das hipóteses, para aplacar a nossa própria angústia. E, de outro lado, aposta no delírio e em seu incentivo, talvez de modo excessivo, porque o vê como a única saída possível.

A clínica tem-nos, contudo, mostrado como o binômio *trabalho com o delírio – estabilização* não esgota a experiência de modo que, muitas vezes, mesmo diante de uma elaboração delirante, o melhor talvez seja acompanhar o movimento de sua construção de um lugar lateral, como quem caminha ao lado, dando suporte. A construção em si deve ficar a cargo do paciente, assim como o nosso lugar na geografia do tratamento precisa ser por ele apontado. Haverá casos em que o convite à interlocução sobre a temática delirante será explícito e, mesmo nesses casos, todo cuidado pode ser pouco, uma vez que não caberá jamais ao analista oferecer os caminhos para a significação.

Pensar o lugar do analista no trabalho com o sujeito psicótico é sempre tarefa fundamental, pois é ele que se deve adaptar à clínica, e jamais o contrário. Ele não é o agente da ordem, não é o sugestionador, nem tampouco o construtor de delírios (Soler, 2007, p.191). Que fique claro que em momento algum estamos destituindo a importância inquestionável que o delírio pode ter no caminho de reestruturação psíquica de um paciente. Queremos, na realidade, que sua potência seja resguardada, e acreditamos que para que isso aconteça é necessário ampliar o espectro de alternativas para os casos em que esta solução de fato não se estrutura. Com este trabalho queremos apostar que há outras saídas para o psicótico que não apenas a da metáfora delirante,

querendo com isso ampliar nossa compreensão do que seria o próprio evento psicótico e as soluções possíveis para ele.

O trabalho que venho realizando no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, com pacientes moradores de hospital e longamente institucionalizados, impulsionou certamente algumas destas reflexões<sup>5</sup>. Quem quer que já tenha entrado em uma instituição psiquiátrica, que tenha ultrapassado os limites do pátio e chegado a uma enfermaria reconhece que, a estes espaços – locais reservados para acolher e conter a loucura –, nenhum adjetivo sereno faria justiça. O que encontramos nestes setores é, basicamente, sofrimento agudo: gritos, confusão, pessoas alucinadas. Diante de tal quadro, um serviço de moradia – com pacientes ditos crônicos, acostumados à rotina da instituição – sugere um ambiente mais tranqüilo e regrado quando comparado ao caos das enfermarias. Mas será que o silêncio ansiado e a ausência de tantos gritos têm a ver com serenidade, têm a ver com algum tipo de estabilização? Para alguns deles, talvez, para outros, certamente não.

Portanto, por mais que a idéia de ser um *morador*, de ter em torno de si uma estrutura minimamente mais organizada como a *sua* cama, o *seu* armário, as *suas* coisas possa nos remeter – se comparada à situação das internações de agudos – à conquista de algum estatuto capaz de retirar o sujeito da avalanche de invasões a que está submetido, sabemos que a sentença não é sempre verdadeira. Ser um *morador* – na casa da família, na residência terapêutica, ou no hospital – não necessariamente tem a ver com ter alcançado uma *metáfora delirante* ou mesmo qualquer outro tipo de solução que implique

---

<sup>5</sup> Este trabalho, assim como a instituição em que ele se desenvolve, serão apresentados no capítulo 2 desta dissertação.

uma estabilização. Que seria, então, esta conquista? Como escreveu Freud (Freud,1911-3, p.94), aquilo que o delírio permite não é “esplêndido”, mas confere uma outra dimensão que não exclusivamente a do *olho do furacão*. Confere a chance de se ter um pouso, de pertencer a algum lugar, de ser parte de algo e não apenas fragmento de uma explosão subjetiva.

No *Seminário 3 – As psicoses*, há uma passagem em que Lacan se pergunta sobre aquilo que, repentinamente, descompensa um sujeito. Ele diz: “O que será que torna subitamente insuficientes as muletas imaginárias que permitiam ao sujeito compensar a ausência do significante?” (1955-56, p.233). Lacan se interessa, aqui, por aquilo que faz irromper a crise. Neste trabalho, gostaríamos de pensar quais são as *muletas*<sup>6</sup> *imaginárias* ou as outras possíveis soluções para suportar a crise e sobreviver a ela.

Uma das respostas possíveis a essa questão, como temos repetido, é o trabalho hercúleo da construção do delírio. Mas, e quando estamos diante de uma “carreira psiquiátrica” de 20 anos na qual não parece haver qualquer sinal de que algo dessa ordem se possa estruturar? Que fazer? Quais as possibilidades de se tecer, ainda assim, algum suporte?

Na tentativa de fazer da clínica nosso guia, pareceu-nos especialmente interessante pensar aqui a trajetória de dois pacientes longamente atravessados pelo circuito psiquiátrico. Falamos de mais de 20 anos de história de internação, de mais de 10 anos de moradia dentro de um hospital psiquiátrico, e de vidas

---

<sup>6</sup> A tradução *muletas imaginárias* foi feita a partir do termo francês escolhido por Lacan *béquille*, que em português poderia ser também traduzido como *bengala*. Pareceu-nos importante ressaltar aqui que há uma diferença, que não parece dispensável, entre muleta e bengala. Enquanto o termo *muleta* (*cane* em francês) carrega uma acepção de *prótese*, o termo bengala (*béquille*) traz uma idéia clara de *apoio*. Essa tensão entre prótese e apoio nos acompanhará ao longo deste trabalho, já que nossa intenção é a de discutir as soluções encontradas pelos pacientes psicóticos que fujam, justamente, dessa idéia de algo protético e que lhes sirvam, antes, como um apoio.

que foram construídas ao largo do social. A questão que nos interessa, em particular, é o trabalho que cada um desses pacientes, Antônio e Mateus<sup>7</sup>, faz para encontrar um prumo. Suas trajetórias serão o nosso foco, pois acreditamos que aquilo que nos pode orientar na clínica é o tipo de estrada que cada sujeito inventa para poder seguir seu caminho.

Veremos, assim, que tanto Mateus quanto Antônio buscam barrar a invasão, circunscrever a angústia que os invade. Os resultados a que chegam, contudo, são muito diferentes. Se Antônio consegue fazer com que seu trabalho seja estabilizador, conferindo-lhe uma nova maneira de estar no mundo, Mateus, ao contrário, fica numa espécie de periferia, à margem da vida, ensaiando tentativas que nunca se efetivam, e tendo a crise com suas passagens ao ato como algo permanente.

Seguindo os caminhos apontados por Mateus e Antônio, atravessaremos as “soluções” que foram encontradas por eles nesses anos de convívio com a experiência da psicose. Elegendo conceitos como os de *metáfora paterna*, *metáfora delirante* e *suplência* numa abordagem lacaniana, que acreditamos ser capaz de nos guiar para novas possibilidades de invenção na clínica, dialogaremos com a idéia da *referência* e do *artesanato* como metáforas possíveis para discutir as múltiplas alternativas de estabilização.

Para fazer essa travessia, certamente pouco convencional, e pensar a clínica possível com a psicose, proponho ao leitor duas idéias – a hospedagem e a peregrinação. Do modo como as vejo, elas podem ser bons indicadores dos caminhos a construir, e podem, a meu ver, servir de porta de entrada para o trabalho da clínica.

---

<sup>7</sup> Nomes fictícios.

Hóspede vem do latim *hospite*, que significa estrangeiro, aquele que “se instala na casa onde chega” (Silva, 2002, p.245), “que se aloja temporariamente em casa alheia” (Aurélio, 1986, p.908). Peregrino<sup>8</sup> seria aquele que por definição faz longas viagens, “viaja ou anda por terras distantes, corre por diferentes partes”; “estranho, estrangeiro” (Aurélio, 1986, p.1307), tendo sempre algum objetivo a alcançar, mesmo que precário e instável. É comum relacionar esses dois termos, ou seja, o peregrino, que viaja por terras distantes, em algum momento é também o hóspede, que se instala temporariamente em uma casa alheia. Mas aqui, neste trabalho, a opção será a de marcar sobretudo a diferença entre esses dois tempos da caminhada. Clinicamente, queremos crer que, se por um lado, se pode ser hóspede e ter momentos de peregrinação, por outro também um peregrino pode, ao longo de seu trajeto pela cidade, construir pontos de apoio que lhe confirmam uma espécie de *efeito de hospedagem*, sem, contudo, contar com o aparato organizador que o hóspede possui.

Em nosso trabalho na Saúde Mental encontramos hóspedes, peregrinos e errantes, entendidos esses últimos como aqueles que não conseguiram estruturar qualquer direção na sua trajetória. Para esses, qual a aposta que fazemos?

Na verdade, ao trabalhar com esses termos, acabamos inevitavelmente por desconstruir uma idéia mais difundida pelo senso comum de que o hóspede

---

<sup>8</sup> Peregrino também possui a definição: “aquele que faz peregrinação, romeiro” e “romeiro” é o termo aplicado aos peregrinos que iam à Terra Santa (Aurélio, 1986, p.1520). Parece-nos importante destacar essa definição de peregrino ligada àqueles que iam à Terra Santa pois, nesse caso, tratavam-se de pessoas que seguiam seu caminho tendo um norte, sabendo aonde chegariam e porque o faziam. Em nosso caso, o peregrino não terá esse estatuto de ser um seguidor com norte definido. Muito pelo contrário, veremos no decorrer deste trabalho que seu percurso é marcado por inúmeros pontos de apoio, que fazem um caminhar diferenciado daqueles cujo norte está dado.

é aquele que encontrou uma casa e o peregrino é aquele que está desalojado. A casa, no entanto, a que nos queremos referir será menos concreta e mais metafórica, pelo simples fato de que se pode ter uma moradia e ser, na vida, um peregrino; por outro lado, pode-se ser hóspede ainda que aparentemente sem uma estrutura concreta, ao encontrar na peregrinação algo que oferece ao sujeito um lugar possível no mundo.

Contudo ambos, hóspedes e peregrinos, serão por nós entendidos como formas de se estar no mundo com algum sentido de estabilização. No caso dos hóspedes essa estabilização é mais franca: os neuróticos, via metáfora paterna, experienciam o sentimento de ter um lugar no mundo como algo inerente; e os psicóticos delirantes, através de um delírio estruturado, são capazes de constituir um mundo mais habitável para sua existência. Já os peregrinos, ainda que não possuam essa estrutura que lhes confira um sentido de filiação que os liga ao mundo, encontram, nas estradas que percorrem, nos trajetos que vão constituindo ao longo do tempo, pequenos pousos no percurso. Não são casas, o peregrino não encontra *a casa*, mas pode fazer dos pontos que frequenta em seu caminho uma trança que também o sustente na vida.

O que queremos apostar é, finalmente, que há hóspedes tanto naqueles que Freud e Lacan denominaram neuróticos, quanto naqueles para os quais Lacan delimitou uma estrutura psicótica, ou dito de outro modo, que os hóspedes são os que produzem sua metáfora, paterna ou delirante, e os peregrinos, por outro lado, são aqueles que mesmo sem a metáfora são capazes de encontrar um sentido de estabilização. Finalmente, não falaremos apenas de hospedagem e peregrinação pois esbarramos numa terceira forma de estar no mundo que não parece se encaixar em quaisquer dessas definições: a errância.

É com esses elementos que pretendemos trabalhar ao longo desta dissertação, buscando encontrar formas de entender as diferentes apresentações da psicose e suas adaptações ao mundo. Dito de outro modo, buscaremos pensar a partir da clínica, quais os caminhos para a peregrinação.

Nosso trajeto será o seguinte: no primeiro capítulo percorreremos o que chamamos de *Estrada do Pai* e em seguida os *Caminhos de Chão*, o que significa dizer que trabalharemos o conceito de metáfora para Lacan, qual seja, a metáfora paterna e a metáfora delirante. Em seguida apontaremos as possibilidades do caminhar por vias colaterais, ou seja, os caminhos de chão; no segundo capítulo intitulado *Hóspedes e Peregrinos* nos aprofundaremos no percurso clínico que vem sendo desenvolvido no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba com pacientes longamente institucionalizados e moradores do Albergue. Neste capítulo trabalharemos a idéia de casa como algo que não se localiza apenas no campo da referência, mas que pode ser algo como um laço ou mesmo uma trança; no terceiro capítulo, *Com quantos nós se faz uma trança?*, faremos um percurso pelo conceito de defesa na obra Freud, aproximando-nos da idéia de que buscaremos sempre algum substituto para a realidade o que nos levará a considerar a tese de Jacques Alain Miller de que todos se defendem (Miller, 1996b); finalmente no quarto capítulo, *Um lugar para o artesanato*, vamos discutir uma idéia que nos pareceu chave para pensar a clínica na saúde mental: a idéia de *artesanato* que, evidentemente, guarda relação com a peregrinação, discussão essa que será feita à luz dos dois casos clínicos acima referidos.