

# DA FUNDAÇÃO DA INSTITUIÇÃO À CONSTITUIÇÃO DA SUBJETIVIDADE

**AUTORA: BEATRIZ AGUIRRE: Psicanalista - Diretora Clínica do Instituto "A CASA"  
Supervisora da Rede Pública de Saúde Mental desde 1980**

Rua Batista Cepelos, 204 - 04109-001 - São Paulo - Brasil

Resumo: A autora analisa os diferentes enfoques da psicose, seus tratamentos nos diversos momentos da história da psiquiatria, as abordagens psicanalíticas e institucionais. Refletindo também as influências do contexto sócio político econômico.

Palavras-chave: Psicose - Instituição Psiquiátrica

## DA FUNDAÇÃO DA INSTITUIÇÃO À CONSTITUIÇÃO DA SUBJETIVIDADE

### Decálogo do Pai

1. Não acreditar em nada
2. Não fazer nada que possa resultar em ter ou dar prazer
3. Não sair de dentro de si
4. Não ter vontade explícita
5. Provar que nada dá certo
6. Não ter que demonstrar sentimentos
7. Tudo pode ser justificado ou racionalizado
8. Não existe valores

João Pedro 1988

### UM POUCO DE HISTÓRIA

O tratamento das psicoses nos leva às origens de nossa percepção da loucura, do fato psicótico. A medicina contemporânea se constitui do olhar atento aberto à evidência do sensível.

Frente a superstição, o desti-

no, determinado pelos deuses, os demônios a grande quantidade de rituais mágicos ou religiosos "o olho transforma-se em depositário e fonte de verdade"(1). Olhar atento classificatório, mundo da consciência, consciência sensível, horizonte científico.

Com esta mirada clínica descritiva tem origem nossa concepção da loucura, da doença mental. Na sua fundação esta o asilo o manicômio, espaço de reclusão - exclusão, mas é aqui onde se constitui o discurso psiquiátrico que mais tarde ocupa as academias-ditadura da razão como verdade absoluta "Monólogo da razão sobre a loucura" diz Foucault (2).

O seu sentido fica excluído, só existe que e conhecível, por isso no tratamento de psicose não tem escuta, não se fala de cura. O manicômio é um lugar protetor da sociedade e ofensivo para os pacientes.

A verdade é utilizada para silenciar para reprimir o outro, escutá-lo seria ter que reconhecer sua humanidade, seu sentido.

Como entender esse sujeito que não utiliza nossas categorias, cujos atos não são predizíveis? Como entender aquele que parece negar a ordem da consciência, as normas da convivência, os códigos, os contratos?

Os valores e categorias imperantes não servem; tudo que é impossível de entender fica sujeito ao choque, as cirurgias a sedação violenta. O sem sentido ao serviço da razão.

O manicômio age sobre o psicótico acentuando seu próprio problema psíquico, transtornos afetivos, delírios, maneirismo, até o ponto em que se confunde a problemática subjetiva com a própria ação do "tratamento" hospitalar. Desde uma visão terapêutica é um absoluto fracasso.

É como se não fosse suficiente esconder a loucura colocando-a fora do circuito das cidades, precisa-se apagar a loucura, negar, matar o que está fora do domínio da razão.

A sociedade tem medo, vive o fazer psicótico como perigoso, como fonte de angústia. Enquanto isso a psiquiatria dá legitimidade a essa ação - trans-

forma em condição de todo tratamento o "isolamento terapêutico". Tem medo de sua própria loucura. O manicômio instaura os "quartos fortes", isolamento dentro do isolamento, para proteger os que cuidam da loucura. Essa situação não tem saída. Frente ao medo dos "terapeutas" surge o medo, a angústia dos internados, aparece a necessidade de atuar, de fugir, de agredir. Os que trabalham com psicóticos sabem como os pacientes percebem o medo dos terapeutas, e como este medo explode na sua necessidade de limites, de sua segurança, de continência. Há alguns anos se tenta a reforma ou abolição do manicômio. Por uma parte a psicanálise com sua escuta entra nas instituições, por outra a antipsiquiatria inglesa, o movimento basagliano e a luta antiinstitucional e política. As paredes do asilo começam a rachar, a prática manicomial torna-se anacrônica, mas ainda tem força dentro e fora do asilo. Não temos que esquecer o corpo teórico da psiquiatria se constituiu dentro do manicômio. A psiquiatria enfrentada às condições do seu saber médico não pode justificar-se só por internar, terá que curar. Teria que modificar seu saber e suas técnicas assim como os espaços institucionais.

O hospital psiquiátrico, a comunidade terapêutica, a psiquiatria preventiva, a comunidade antipsiquiátrica, o atendimento em ambulatórios, são diferentes formas de uma história que não terminou.

### COMO ESCUTAR DO APRENDIZADO DA ESCUTA

Temos que abordar a psicose dentro da relação individual e institucional de uma forma nova. Criar espaços onde o psicótico possa expressar sua angústia, ter continência para sua ansiedade e também para suas atuações. Um espaço que permite elaborar, e que tenha um lugar e um tempo onde seja possível o jogo das identificações, onde seja possível escutar e tratar o psicótico como sujeito de um desejo e uma história.

Nessa tentativa de ouvir, e de dia-

logar que se produz uma ruptura, uma mudança de nossa maneira de "enxergar" a loucura que nos coloca no mundo ambivalente dos afetos; do amor, da pulsão, do desejo. Nos remete a Freud, a psicanálise como diz Althusser em seu trabalho sobre Freud e Lacan.

"Desde Copérnico sabemos que a terra não é o centro do Universo. Desde Marx - sabemos que o sujeito humano, o ego econômico, político filosófico não é o centro da História; sabemos também contra os filósofos das luzes e contra Hegel, que a História não tem centro, só existe no desconhecimento ideológico.

Freud descobre-nos a sua vez, que o sujeito real, o indivíduo na sua essência singular, não tem a figura de um ego centrado sobre o eu, a consciência ou a existência - seja a existência do si mesmo, do próprio corpo ou do comportamento - e que o sujeito humano e descentrado, constituído por uma estrutura que também não tem "centro", mas que no desconhecimento imaginário do eu, quer dizer, nas formações ideológicas nas que se reconhece".

A partir de Freud o que interessa como terapeutas não é tanto o que acontece na cabeça do paciente, mas o que ocorre entre terapeuta e paciente. A análise da intersubjetividade representa uma forma de aproximarmos da loucura onde o saber não pode ser classificatório, simplesmente diagnóstico, o saber deve ser sobre as diferentes formas de referência em uma situação intersubjetiva.

### NASCIMENTO DA PSICANÁLISE

O nascimento da Psicanálise não pertence a ordem manicomial. A história da psicanálise é também a história da diferenciação de um espaço do campo da medicina. Sua produção teórica é sustentada pelo conceito de neurose que vai articulando as vicissitudes desta produção.

A psicose por sua vez é a parte

central das teorizações da chamada psiquiatria científica. Esse conceito de psicose formulado pela psiquiatria parece no começo intimidar ao psicanalista. Este esquece às vezes que a psiquiatria responde a uma ideologia que se encarrega de dar conta de uma parte das necessidades da ordem social imperante: Dar conta de sujeitos que provocam desordem e não podem ser manejados pelas instâncias jurídico-policiais.

Não podemos correr o risco de esquecer esta origem da psiquiatria, pois o que acontece frequentemente nesse caso é que o psicanalista, ao tratar os pacientes psicóticos o faz como um psiquiatra tradicional.

Descreve M. Mannoni(4):

"Tudo que o paciente fala, será inscrito em um molde que convidará o psicanalista, a semelhança do psiquiatra, a interpretar os "hieróglifos" da psicose; e terá além disso como consequência que o observador-psicanalista deixe de estar implicado no diagnóstico"

Este modelo nega ao psicótico o valor de sua palavra; o psicótico não será mais sujeito do seu discurso, mas sim objeto de nosso conhecimento.

### EFEITO DAS MUDANÇAS NA ORDEM SOCIAL

A evolução do fazer psiquiátrico viveu os conflitos provocados pelas modificações da ordem social. A ordem social excluía a loucura, negava suas interrogações, mas os desenvolvimentos das formas sociais implicam em algumas mudanças nos aparelhos ideológicos do Estado. A crise do manicômio esta relacionada com essas mudanças. Portanto também os técnicos tem que mudar. Não será já só o psiquiatra o encarregado do tratamento: psicólogos, psicanalistas, a equipe multidisciplinar, acompanhantes terapêuticos, terapeutas ocupacionais, vão ocupando o lugar do terapeuta. Esta mudança coloca novamente em ques-

tionamento o lugar do terapeuta, sua legitimidade, mas esta legitimidade aparece confirmada de um outro modo que dá identidade dos terapeutas; o que lhe é conferida pela demanda do paciente.

Aparece o contrato individual, o psicótico que parece marginalizado de qualquer possibilidade de escolha, é porém o paciente mais difícil no momento de aceitar a autoridade de terapeuta, de legitimar suas possibilidades de ajuda, de compreensão da relação intersubjetiva.

Esta desconfiança, estas dúvidas estão reafirmadas no paciente pelas longas histórias de seus tratamentos, suas internações e o permanente rechaço do seu discurso.

Da história, das críticas que aconteceram os longo da história, das formulações teóricas da psiquiatria sobre a loucura, fica algo irreversível; a idéia daquilo que se refere a loucura não é como um fenômeno "natural", que teve no decorrer da história diferentes explicações. Foucault e outros autores tem nos mostrado como a cara atual da loucura foi constituindo-se, vamos portanto deixar de lado esta tarefa muito bem feita por esses autores, para referirmos ao processo terapêutico, a nossa experiência intersubjetiva com a psicose.

## DO PROCESSO TERAPÊUTICO

Parece-nos que um tema primeiro e de grande importância é a entrevista, tema sobre o qual bastante se tem escrito. Os trabalhos de Sullivan, Balint, Bleger valem como exemplo de esse tipo de preocupação.

Consideramos a entrevista como parte do processo terapêutico e ao entrevistador como elemento que deve estar implicado desde o começo deste processo intersubjetivo. Desde a clínica aparece de forma clara a importância da entrevista. É desde aqui que se produz um questionamento da identidade e função - saber e saber fazer - de quem esteja colocado nesse lugar, pode-se então a partir desse momento construir-se uma negação do senti-

do dessa relação.

É fundamental perceber na entrevista tudo aquilo que possa ser entrevisto, ou de visto entre, ou seja, a possibilidade de captar todos os emergentes do inconsciente que possam ser percebidos. Para isso precisamos da confluência de dois saberes, do paciente e do terapeuta; saberes diferentes, mas não independentes, não se pode saber do inconsciente do outro sem ser alguém para esse outro. Devemos considerar todas as possibilidades de mobilização mútua todas as conseqüências transferenciais e contratransferenciais que isso possa ter para o decorrer do tratamento.

Estamos falando de um espaço intersubjetivo, no qual surge um sentido, espaço onde aparece o sofrimento de um sujeito que solicita ajuda a outro, e que isso remete a outra coisa, que abre as possibilidades do ato terapêutico. Surge da entrevista a emergência de um sentido e a este podem aplicar-se algumas perguntas tais como: Quem pede o que? pede para ele ou para outro? - Isto é muito importante na entrevista com psicóticos na instituição porque geralmente o paciente chega acompanhado da família e podemos perceber que o sujeito é o objeto da demanda muitas vezes tem pouco ou nada a ver com a pessoa que se apresenta como sujeito da doença. Podemos cair no risco de tentar enquadrá-lo em algum sistema diagnóstico, o que nos "facilitaria" estabelecer uma estratégia terapêutica, uma prescrição e um prognóstico em lugar de encontrar um sentido nos sinais, (delírios, alucinações) que o paciente apresenta como um código a ser desentranhado.

A relação intersubjetiva ao encontrar um sentido transforma-se em relação terapêutica. Esta relação terapêutica é recuperadora de um prazer relacional perdido em relações objetais devoradoras de todo prazer e possibilidade de vida. Relação recuperadora de troca sem destruição do ser; abre um caminho semeado de obstáculos, mas caminham ao fim.

Em todo caso a instauração des-

sa relação, esse dar sentido e significação por parte do terapeuta, deve buscar a sustentação do paciente que lhe sirva de suporte na sua tentativa de sair do encerramento, e se anime a viver suas paixões até agora congeladas em uma estéril relação objetal. É criação onde um é outro, onde é tudo e nada ao mesmo tempo. Angústias incontáveis e pânticos sem nome. O terapeuta deve saber aqui quanto o paciente pode avançar nas suas tentativas de integração. Aqui é quando deve guiar o encontro, ativo e protetor. Aqui é onde não pode-se confundir a neutralidade, com a passividade. Esta passividade pode ser vivida pelo paciente como (carência), do terapeuta ou própria, mas que nos dois casos será vivida com impossibilidade da relação, e perigo de retorno ao mundo próprio de sua solidão.

A carência de toda ou qualquer relação, ou o encontro fusional seriam os dos extremos mais complicados para o tratamento, das múltiplas armadilhas possíveis deste acompanhamento terapêutico. Ainda que deve ficar claro que sem uma certa identificação com o paciente, sem uma certa aproximação com a psicose, não se possa conhecer a vivência do paciente e portanto, ficaria em risco qualquer relação terapêutica. "Só em nome da loucura comum, o psicanalista, igual que interprete pode encontrar as palavras para falar com um paciente cuja posição no mundo é diferente da sua própria".

"Foi necessário quase um quarto de século, para que os psicanalistas aceitassem a idéia (sustentado por Ferenczi) de que a pretendida falta de transferência do psicótico recobria só em realidade rechaço do psicanalista ou do médico, para entrar no mundo do outro, do seu paciente". M. Mannoni (5)

Colocado o problema da relação terapeuta-paciente como suporte de um discurso psicótico surge com toda força a pergunta: que é a cura na psicose? Entendendo a situação psicótica sujeita a um código de simbolização próprio, não é difícil compreender porque

esta questão tem suscitado tantas controvérsias e diferentes tipos de propostas, que vão desde a pedagogia passando da ortopedia à reabilitação, não conseguindo nenhuma delas atingir o fundamental, o específico do papel do terapeuta. No tratamento da psicose este não pode dissociar fins e meios. O processo terapêutico consiste nas vicissitudes do desejo e da pulsão. Os avanços e recaídas até chegar a reestruturação do aparelho psíquico e a capacidade de escolha do psicótico, ao tempo investido nesta relação e a possibilidade de aceitar a renúncia que este processo traz implícito. O processo terapêutico é então o conjunto de transformações que pode experimentar o indivíduo através da cura. Todas as medidas terapêuticas devem ser articuladas em torno do eixo de facilitação do processo de constituição do sujeito. Descordamos completamente de qualquer interpretação dualista que conduz a utilização dissociada dos meios terapêuticos, que acabam sendo suporte de uma dissociação no paciente portanto iatrogênicos.

Qualquer recurso terapêutico só se justifica cobra sentido desde o processo de cada sujeito particular.

Grupos de psicoterapia, atendimento individual, grupos de terapia ocupacional, neurolépticos, relação de continência, grupos expressivos, terapia familiar etc. são utilizados na instituição segundo o processo de cada paciente. E tudo muda segundo o momento desse processo ao qual deve dar-se muita atenção porque qualquer medida terapêutica transforma-se em iatrogênica com suma frequência.

Referir-me agora uma parte fundamental do tratamento que é o cuidado, a continência. Esta é uma atitude que deve ser compartilhada por toda a equipe que pertença ao hospital-dia ou outro tipo de instituição que trabalhe com o tratamento ambulatorial. Esta continência e cuidado se refere a dois registros: um seria o estabelecimento de funções simbolizantes (Gisela Pankow diz que

estabelecimento das funções simbolizantes do corpo devolvem a este seu ordenamento espacial e seu prazer) que tem a ver com a dimensão do corpo vivido do psicótico, o outro registro aponta a elaboração psíquica.

Esses registros estão entrelaçados mas são diferenciáveis, portanto não podemos abrir mãos de nenhum deles. Ficar no primeiro seria infantilizar o paciente; passar diretamente ao segundo seria não só um descuido mais que isso seria perigoso. Poderíamos não ser entendidos poderia provocar uma regressão desnecessária, que produziria um surto psicótico que, seria vivido como uma agressão ou provocaria uma atuação dentro ou fora do tratamento.

Ambos requerem um espaço e um tempo determinado, que deve ser preciso. As experiências terapêuticas devem ser pontuais, necessitam ser sustentadas no tempo para serem benéficas. O espaço e o tempo vividos pelo psicótico não coincidem necessariamente com o do terapeuta ou da instituição.

O tratamento da loucura precisa de lugares de encontro, espaços que possibilitem a representação, a repetição, lugares e momentos onde as pessoas em crise possa "depositar-se" em relação com um outro (uns outros) terapeuta. Espaço relação singular onde os terapeutas deveriam reinventar-se, encontrar com o paciente as palavras que sirvam para falar. Falar com um Outro que às vezes se e transformou num estranho para si mesmo.

O passo do manicômio às redes alternativas que evitem a exclusão, a cronicidade, a violência, não está livre de dificuldades. As experiências em funcionamento a nível público não conseguem erradicar ao todo a institucionalização psiquiátrica. Os muros do asilo estão na cabeça de muitos terapeutas psiquiatras e psicanalistas, cuidadosos de afastar de si a perturbação que representa a psicose, deixando seu saber intersubjetivo na en-

trada das instituições.

Toda instituição tenta normalizar, impor limites, defender-se. E apesar de tudo e necessário o jogo, a liberdade criativa, a fantasia.

Na otimização dos espaços terapêuticos, a criatividade humana dos técnicos importa tanto como sua capacitação profissional. A capacidade de mobilizar coisas de cada um, de desalojar de si mesmo a rigidez defensiva, o medo de nossos próprios fantasmas é imprescindível para o "processo de cura". - Novos espaços. Um espaço e um tempo onde se possa expressar a angústia, a ansiedade, o medo persecutório. Um espaço, e uma equipe coesa que dêem segurança ao paciente.

Aqui a psicanálise pode dar uma dimensão imprescindível a atividade terapêutica, aos técnicos na medida que possa dar sentido as cadências institucionais e os sistemas de intercâmbio, favorecendo sua verbalização e a interpretação dos acontecimentos. Trata-se de introduzir um espaço e um tempo onde o sujeito e um tempo onde o sujeito seja enfrentado a lei, a morte, a angústia da individuação. Onde se introduza a palavra. A relação do analista com os chamados psicóticos é por um lado sustentadora suposto saber de um desejo; e por outro lado cronista, observador de um relato. Entrar e sair dessa situação cindida é a habilidade de um trabalho que tem: perícia, empirismo, dificuldade em conceitualizar-se, e sobretudo fascinação e ... paciência, porque ao final do tempo todo "loucura".

1 - Foucault Michel - El Nascimento de la Clinica - Siglo XXI

Mexico 1966

2 - Foucault Michel - Historia de La Locura en la Epoca Clasica

F.C.E. Mexico 1967

3 - L. Althusser, Freud y Lacan - Cuadernos Anagrama 1970

4 - M. Mannoni - La Teoria como Ficción - Giegelho 1980