

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

PUC-SP

Cristiana Kehdi Gerab

A desorientação no Acompanhamento Terapêutico

Mestrado em Psicologia Clínica

São Paulo

2011

Cristiana Kehdi Gerab

A desorientação no Acompanhamento Terapêutico

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE em Psicologia Clínica, sob a orientação do Prof. Doutor Manoel Tosta Berlinck.

São Paulo

2011

BANCA EXAMINADORA

A Mabel Fraiha Gerab, minha querida avó, sempre me acompanhando.

(com saudade e gratidão)

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Prof. Dr. Manoel Tosta Berlinck, pela possibilidade que me abriu de desorientação, e, em consequência, de criação e amadurecimento.

À Profa. Dra. Isabel Kahn e ao Prof. Dr. Sérgio Gouvêa Franco, pelo interesse e disponibilidade que tiveram em ler meu trabalho e tecer suas críticas.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo -FAPESP, pela concessão da bolsa de mestrado.

À equipe do hospital-dia do Instituto A Casa, pelos anos de trabalho conjunto. Em especial àquela com quem compartilho meu dia-a-dia de trabalho e reflexões: Patrícia Penteado, Fábio Diório, Martin Aguirre, Camilla Godoy e Fernando Cembranelli. Agradeço igualmente a Débora Halfon, pela parceria nos acompanhamentos e início de consultório; ao Davi Flores, pela parceria nas risadas, reflexões e “intervenções fantásticas”; às terapeutas ocupacionais Tatiana Munhoz e Gabriela Ussami, sempre me ensinando o que entendo por “fazer junto”. E Sonia Ferrari, pela escuta atenta em supervisão e por tudo o que trocamos nesse espaço.

Aos pesquisadores do Laboratório de Psicopatologia Fundamental, meus primeiros leitores, pelas sugestões e críticas que delinearam esta dissertação. Meus especiais agradecimentos a Ana Cecília Magtaz, pela leitura interessada e dicas fundamentais, a Teresa Endo, Gabriela Rinaldi, Patrícia Farina e José Carlos Junior, sempre em

consonância com meu tema de pesquisa, parceiros nas mesas-redondas do Colóquio sobre o Método Clínico e do Congresso sobre o Amor e seus transtornos, em 2009 e 2010. Também a David Florsheim e a Francisco Garzon, com quem compartilhei das tarefas da comissão científica do congresso, e à minha colega paraense Vivian Rei.

A Maurício Porto, pela proximidade desde os meus primeiros tempos como acompanhante terapêutica até o momento de pensar este trabalho, resultado de muito do que compartilhamos.

A Thais Garrafa, Daniela Câmara, Catarina Pedroso, Manuela Fagundes, Isabela Lemos e Olívia Françoso, pelo grupo de AT que formamos, mantivemos, modificamos e, enfim, desfizemos – período de muita riqueza.

Ao “Balaio”, passagem importante durante o ano de 2010 e 2011, grupo que além de ter se constituído um espaço de autênticas discussões clínicas, possibilitou-me estar em um lindo Acompanhamento.

A Sandra Pavone e Yone Rafaeli, pela qualidade com que misturam docência e psicanálise, parte importante da minha “escola”.

A Rinaldo Voltolini, presença fundamental nesta longa e trabalhosa jornada em que fui me tornando autora de uma obra própria.

A Juliana Terribili, Francisca Vanz Teixeira e Cristiane Kairalla, fiéis leitoras e amigas.

A João Gabriel, pela vontade de saber o que faço e de ler o que escrevo, além das amáveis horas de lazer e ócio que passamos juntos, extremamente necessárias em um processo de conclusão de pesquisa.

Ao meu irmão Rodrigo, pelo respeito à minha necessidade de silêncio e concentração.

A meus pais, Adriana e Roberto: meu chão. E aos meus avós, Juliana e Oswaldo: também meu chão. Agradeço a tudo o que sempre fizeram a mim e por mim.

Aos pacientes com quem pude trabalhar nestes anos - por me darem asas ao permitirem que eu adentre seus mundos, acompanhando suas desventuras e por elas sendo contagiada. Devo a eles, mais do que a ninguém, o que vivi, pensei, senti e escrevi. É no contato com eles que me recrio. E, na escrita, eu os recrio a mim e ao mundo.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
LUGAR	21
O método clínico	21
O enquadre no AT	24
Telepatia	36
ORIGENS.....	46
A clínica viva do acompanhar	46
O inquietante desorienta?	56
De Gradiva ao amor de transferência	60
CORPO.....	71
Miriam e seu corpo	71
A cisão e a recusa na metapsicologia da imagem do Eu	75
CONSIDERAÇÕES FINAIS	88
Fim de caso (<i>vida surgindo</i>)	88
Sobre a desorientação	91
REFERÊNCIAS	98

GERAB, Cristiana Kehdi. *A desorientação no Acompanhamento Terapêutico*. São Paulo, 2011. 102 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo- PUC-SP, 2011

RESUMO

A presente pesquisa, que tem como campo a Psicopatologia Fundamental, parte de um caso clínico e tem como objetivo pensar a clínica do Acompanhamento Terapêutico (AT) através da transformação em narrativa daquilo que foi vivido pela dupla acompanhante-paciente. As principais questões que a conduzem dizem respeito a inquietações vividas nos fragmentos narrados, no que se refere à criação do enquadre, à posição ocupada pelo terapeuta na transferência, e à tendência ao efeito de desorientação. Não é objetivo aqui definir a clínica do AT a partir de sua história, nem de distingui-la em relação à prática do consultório ou à clínica institucional, muito menos privilegiar uma sobre a outra. Trata-se, sim, de pensar nas dificuldades que o AT suscita ao terapeuta a partir dos fragmentos clínicos narrados, orientando-se pelos fundamentos básicos da psicanálise no que se refere à criação e manutenção de um enquadre. Sustenta-se aqui que o *enquadre deve estar implícito no corpo do acompanhante*. A partir desta ideia central é possível trazer elementos para que se pense na abertura da clínica para casos de difícil manejo e no tema da desorientação no AT.

Palavras-chave: Acompanhamento Terapêutico, psicose, enquadre, desorientação, Psicopatologia Fundamental

ABSTRACT

The present research is based on a clinical case and its objective is to think about clinical Therapeutic Accompaniment (AT in Portuguese) by the transformation into narrative of what has been experienced between therapist and patient. The main questions that direct this work concern preoccupations experienced in the narrative fragments relating to the creation of the *setting*, the position of the therapist in transference and the tendency to a disorientation effect. It is not the purpose here to define AT from its history, nor to distinguish it from private or institutional clinical practice, nor to show the superiority of one over the other. This dissertation intends to consider the difficulties that this practice presents for the therapist, relating these to the basic foundations of psychoanalysis which refer to the creation and management of the *setting*. It is maintained here that the *setting* must be implicit in the therapist's body. From this central idea, it is possible to develop elements that allow us to think about an expansion of this clinical practice in difficult cases, and about the disorientation experienced by the therapist.

Key-words: Therapeutic Accompaniment, psychosis, *setting*, disorientation;
Fundamental Psychopathology

Dizer algo em nome próprio é muito curioso, pois não é em absoluto quando nos tomamos por um eu, por uma pessoa ou um sujeito que falamos em nosso nome. Ao contrário, um indivíduo adquire nome próprio ao cabo do mais severo exercício de despersonalização, quando se abre às multiplicidades que o atravessam de ponta a ponta, às intensidades que o percorrem.

Deleuze, Conversações

INTRODUÇÃO

O presente trabalho propõe uma reflexão sobre a clínica do Acompanhamento Terapêutico (AT) com psicóticos, a partir de fragmentos clínicos provindos da experiência prática. O Acompanhamento Terapêutico é tido aqui como uma clínica que se avizinha à psicanálise, inferindo-se, portanto, que todo o questionamento em relação ao AT constitua-se elemento-chave para pensar os fundamentos da clínica psicanalítica dentro do campo da Psicopatologia Fundamental. Através deste movimento, buscam-se fundamentos metapsicológicos para a clínica do AT com psicóticos.

As principais questões que conduzem esta dissertação dizem respeito ao efeito de desorientação experienciado pela autora no AT. Este efeito é resultado de inquietações vividas durante o Acompanhamento Terapêutico, do qual tiveram origem os fragmentos no decorrer desta dissertação, inquietações que se referem à criação do enquadre e à posição do terapeuta ocupada na transferência. Será a partir de uma revisão da técnica analítica que se construirão hipóteses sobre as dificuldades técnicas na clínica do AT. Como pensar a abstinência, o espaço, o tempo quando se fala em uma prática clínica no território? Prática na qual uma dupla se movimenta pelas ruas, lado a lado, e faz contato direto com o *socius*. Acompanhante terapêutico é o termo atual do antigamente chamado “amigo qualificado”, este último emblemático por sugerir um vínculo pela amizade. A expressão “amigo” sugere uma ênfase naquilo que há de afetivo e amistoso na relação, na semelhança e simetria que há entre amigos. Já o termo “acompanhante” sublinha a disposição “ao lado”, porém despojada de simetria, o que dá *status* ao caráter terapêutico (e político) desta função, isto é, acentua o lugar do acompanhante desde a posição do clínico.

Interlocução, intercâmbios corporais, vínculo, transferência, alteridade, “outridade”, contato, contágio, estar com, sentir com: palavras e termos que, na literatura em que me debruçava, sublinhavam-se sob meus olhos. A atitude de acompanhar comporta tudo aquilo que representa o movimento de ligação com o outro, contágio pelo outro, e que vai, portanto, além da escuta. O além da escuta, o além da palavra, que se representam numa proposta de *cuidado cotidiano*, apontam para questionamentos em relação à complementaridade técnica entre a psicoterapia e a psicanálise. Onde divergem, onde convergem? Radmila Zygouris¹ relembra-nos que a psicanálise nasceu da psicoterapia e que toda a psicanálise contém, em si, uma psicoterapia. Fédida (1991) trabalha em muitos de seus artigos a questão das relações de complementaridade técnica entre ambas. “Apenas a psicanálise está em condições de assegurar a necessária condição teórica da prática psicoterápica” (p. 201). Propõe termos como “psicanálise terapêutica”, “psicoterapia guiada por pontos de vista psicanalíticos” e nos alerta sobre o paradigma em que a Psicanálise sempre se calcou.

O que chamamos geralmente psicoterapia em razão de uma necessidade de cuidados ao mesmo tempo especializados e adaptados, nada mais é do que um tratamento psicanalítico complicado, pelo próprio fato de que o analista deve integrar “parâmetros” que não estão implicados no paradigma da neurose. O tratamento analítico clássico repousa, com efeito, sobre este paradigma. (Fédida, 1991, p. 204)

A clínica das psicoses faz-se experiência disparadora dos questionamentos que inauguraram o processo de pesquisa. Desde os atendimentos em grupo dentro do repetitivo enquadramento de um hospital-dia até o nomadismo da clínica do Acompanhamento Terapêutico, as vivências com pacientes psicóticos trazem o dito efeito de desorientação na terapeuta. O caso clínico que fundamenta a pesquisa

¹ Em curso breve intitulado Psicanálise e Psicoterapia, ocorrido no auditório do Masp, em outubro de 2009.

comporta em si um “vazio de partida”, ou seja, as falas e gestos da paciente portam uma fragmentação por conta de um *ponto de origem simbolicamente inacessível*. Miriam sofria de delírios e alucinações de que seu pai estava longe, não sabendo ao certo onde. Mesmo diante da presença maciça do pai – eles moram juntos e permanecem em casa todo o tempo, recobertos por uma áurea paranóica – , diz que é adotada. A morte da mãe, sempre iminente durante o tempo do acompanhamento, acompanhava-nos em sua mais pura concretude...² Esta paciente, de fato, não sabia de onde vinha. Sua não filiação era nítida, fosse em seu discurso, na maneira como vivenciava seu corpo ou na maneira como transitava pela cidade. Circular com ela sempre teve como pano de fundo a busca de um lugar onde ela pudesse *orientar-nos e reconstruir sua história* e o vínculo estabelecido entre a dupla acompanhante-acompanhada foi capital para que se pudesse traçar essa busca. Insisto no *orientar-nos*, pois levo em conta a possibilidade de a paciente guiar-me para algum lugar com ela. Suas falas, no entanto, supunham a existência de algo mágico, fora de qualquer relação de causalidade, fora da simbologia característica da linguagem – próprio da experiência esquizo. E nas ruas, em conexão direta com o mundo, a “mágica” ou a “telepatia” podiam se fazer presentes como também um modo de poder estar em comunicação e movimento.

O mergulho na intensa tarefa de escrita deste caso clínico acabou explicitando um começo pelo meio. Começou pelo meio de histórias muito distantes do ponto de origem. A necessidade de escrever objetivava fazê-la existir a partir do *ponto em que me despertou inquietações*. Construir uma história diz respeito não só às lembranças, mas às lacunas, àquilo que resta não dito, não assimilado. Nas palavras de Fédida (1991), a memória do relato exige menos esforço que a coragem de distinguir e de situar

² Será melhor aprofundado em narrativas clínicas nos capítulos posteriores.

nomeando. Esse autor ressalta a importância dos trabalhos psicanalíticos que abarcam o desafio de novas construções da técnica para casos de não-neurose.

Uma das características notórias dos trabalhos psicanalíticos destas últimas décadas é ter ampliado a especificidade e o alcance da teoria, apoiando-se sobre as aporias técnicas produzidas por alguns casos considerados difíceis (estados-limite, personalidades as if, patologias narcísicas, patologias do self, adições, etc) em razão de sua solicitação bastante forte de “ajuda” que eles mesmos suscitam junto aos analistas e, simultaneamente, pelo desafio que engajam ao mesmo tempo em relação à pessoa do analista, do enquadre analítico e da própria análise (...) variações técnicas que convidem, com palavras mais ou menos veladas, a renunciar ao cerne da análise de transferência: a interpretação. (Fédida, 1992, p. 205-208)

Green (2008), ao tratar do tema das psicoterapias praticadas por analistas, deixa claro que elas são destinadas, sobretudo, àqueles pacientes que demandam uma atitude além da neutralidade habitual do analista, clamando certamente por atitudes mais interventivas em sua vida “real”. As indicações para psicoterapia podem variar muito, mas o autor encontra um ponto comum que parece bastante enriquecedor para este trabalho: o enquadre psicanalítico não é somente uma condição da técnica ou um conceito teórico-clínico, mas um incomparável instrumento de diagnóstico clínico (p. 42). Green, como Fédida, propõe um termo: *relação psicanalítica com enquadre reformulado*. Existem pacientes – que Freud chamara não-analisáveis por ter presumido sua impossibilidade de transferência – que nos convidam a reformular o enquadre.

As psicoterapias estavam destinadas, sobretudo, a casos para os quais a psicanálise não parecia poder dar os resultados esperados, segundo argumentos que atualmente parecem muito discutíveis (fraqueza do Ego, fixação pré-genital importante). Casos que demandavam uma atitude além da neutralidade habitual e nos quais o psicanalista intervinha ativamente convidando o paciente a tomar tal ou qual decisão, o revigorando para sustentar seu Ego e o encorajar a desembaraçar-se de seus sintomas ou, ainda, de mil outras maneiras que não tinham muito a ver com a psicanálise. (Green, 2008, p. 41)

Green pontua os eixos que conduzam a pensar então em uma reformulação do enquadre para determinado paciente, uma vez que a indicação terapêutica sempre deve levar em conta a possibilidade de o paciente de utilizar o enquadre, que possui elementos que podem colocar em cheque sua capacidade em lidar com a não visibilidade do objeto, a capacidade de suportar a atitude de retraimento e de espera do analista, a interpretação da resistência e da transferência, a duração limitada das sessões, a frequência desejável destas, a tolerância às separações, a atitude em relação à realidade etc. (p. 47)

É interessante começar por Freud para pensar a questão do enquadre. O arsenal metapsicológico freudiano possui enorme riqueza para o estudo aqui proposto. Sua terminologia ajuda a pensar e refletir sobre as questões que se referem à técnica – transferência e enquadre – e ao funcionamento do aparelho psíquico (recorta-se a questão da recusa da realidade e da constituição do Eu, pontos centrais para falar em psicose). Debruçar diretamente sobre a obra freudiana representou um bom ponto de partida, inclusive para ajudar a levantar uma bibliografia que também tivesse como característica uma fidelidade à metapsicologia freudiana e, neste sentido, coerência em seus questionamentos. A necessidade de poder transitar livre por entre os conceitos originários da psicanálise foi essencial. O vazio de partida, enquanto mantido e sustentado, dava espaço para a emergência do novo. É ponto-chave aqui a ideia de Zygouris (1999) de que transferência não é apenas *reprodução*. É também produção, *advento do novo*. Neste sentido, houve sempre a necessidade de não objetivar com este trabalho confirmar e reproduzir teoria, mas usá-lo para questionar, inovar. Chegar a uma conclusão que dê meios para prosseguir na criação de possibilidades de tratamento para o paciente psicótico.

A errância e o nomadismo fizeram parte tanto do Acompanhamento Terapêutico quanto do processo de pesquisa. Desta forma, em vez de eleger um único ponto para se debruçar em pesquisa, a dissertação foi sendo escrita de forma dispersa, trazendo um efeito de desorientação à autora e, em consequência, ao leitor. Esta constatação foi importante para se refletir sobre a função da errância e da desorientação – associação livre com os pés, podemos dizer – no Acompanhamento Terapêutico com psicóticos e sobre este mesmo movimento na escrita (associação livre com as mãos). Há, na escrita desse caso clínico, a iminência de se capturar por ele. A desorientação é o ponto de inquietação que disparou o processo de escrita e pesquisa pela metapsicologia do enquadre. Como pensar a desorientação em uma clínica nômade? O corpo do AT é muitas vezes o palco da cena transferencial e o enquadre serve a que tipo de organização? Ou, ao contrário, deve permitir que algo se desoriente?

A clínica do AT traz em si sua grande novidade: *o enquadre se movimenta*. Dá a entender que estar nos espaços próprios do paciente – ir até ele, *deslocar-se com ele* – faz a diferença. Mas a questão da materialidade do enquadre, muito bem colocada por Fédida (1992) no seu esforço em criar uma teoria dos lugares, cabe bem à nossa discussão. Entre a materialidade do enquadre e sua virtualidade é que caminha o acompanhante: o enquadre pode ser a rua, a casa, o shopping. Ou ele pode *estar presente* na rua, na casa, no shopping? Em outras palavras, como sustentar a virtualidade do enquadre quando se transita por territórios (materiais) desconhecidos? Existe uma diferença entre território e enquadre, mas não é objetivo desta dissertação defini-la. Sustenta-se aqui que *o enquadre deve estar implícito no corpo do acompanhante*. E o corpo estaria, então, entre estas duas noções: a do enquadre enquanto aquele que possibilita uma situação analítica, e que implicaria a sustentação de uma posição própria do acompanhante terapêutico em relação à transferência; e a do

enquadre enquanto lugar, cena, território, que no caso do AT faz-se dos movimentos do ambiente ao redor da dupla que propiciam e enriquecem a situação transferencial em questão.

Posto isto, é importante esclarecer que esta pesquisa não objetiva definir o que é a clínica do AT a partir de sua história, nem de distingui-la em relação à prática do consultório ou à clínica institucional, muito menos privilegiar uma sobre a outra. Trata, sim, de pensar nas dificuldades que o AT suscita ao terapeuta a partir dos fragmentos clínicos aqui narrados, orientando-se pelos fundamentos básicos da Psicopatologia Fundamental e da psicanálise no que se refere à criação e manutenção de um enquadre.

Nesta mesma linha de pesquisa, Kuras de Mauer e Resnizky (2009) chamam a atenção para a criação de uma metapsicologia para o AT como eixo principal do livro que trata dos territórios do Acompanhamento Terapêutico. Criar uma metapsicologia para o AT, segundo as autoras, significa revisitar a experiência clínica para tentar situá-la desde o ponto de vista dinâmico, econômico e tópico. Chamam a atenção para a função do acompanhante em dar contornos ao paciente, uma vez presente em seu dia a dia. O AT serviria de contorno, com um olhar que carrega e sustenta a disposição tanto para o amparo quanto para a estranheza. O acompanhante comporta o Outro como lugar do estranho. Ele vem de fora, em sua condição de exterioridade

Por dinâmico, elas propõem uma concentração no circuito pulsional e no lugar do AT tanto “ao lado” das pulsões de vida quanto como testemunha-suporte das pulsões de morte. Neste sentido, o AT habitaria o lugar de pessoa-ninguém proposto por Fédida?

Por econômico entende-se o AT como facilitador da ligação de energia livre em energia ligada a representações – sentido da simbolização.

Já por tópico ou *topologia*, que merece uma maior concentração por estar diretamente articulado ao problema de pesquisa, fala-se de *espaço*. O espaço de privilegiada potência de atuação do acompanhante é, conforme postulam, o entre-dois. Importante apontar que o espaço entre-dois fala de um lugar no espaço – *topos* – posição – o que alude invariavelmente ao lugar transferencial-contratransferencial ocupado pela dupla AT- paciente. Pode-se supor, como o faz Ogden (2003), que há uma relação de *intersubjetividade* aí colocada? Se Freud não elaborou uma teoria da comunicação e da intersubjetividade, Thomas Ogden, através de suas postulações, pode enriquecer os questionamentos aqui referentes sobre o que se chama de entre-dois:

É somente por meio do reconhecimento por um outro que é reconhecido como uma pessoa separada (mais interdependente) que nos tornamos cada vez mais (auto-reflexivamente) humanos. O ato de ser devolvido pelo outro não é um retorno de si próprio a um estado original; é, antes, uma criação de si próprio enquanto sujeito (transformado, mais plenamente humano, auto-reflexivo) pela primeira vez. Uma dialética intersubjetiva de reconhecer e ser reconhecido opera como fundamento para a criação da subjetividade individual. (p. 98)

A partir destas diversas questões, propõe-se com este trabalho abarcar autores que discorram, teorizem e levantem discussões sobre a constituição subjetiva na psicose e sobre a técnica do trabalho analítico para, então, pensar nos fundamentos para Acompanhamento Terapêutico com psicóticos, circulando ao redor do tema central que é a desorientação.

O primeiro capítulo, dedicado à questão do enquadre, intitula-se LUGAR. Por lugar há uma noção ambígua entre aquilo que se materializa e aquilo que está invisivelmente presente no entre-dois, espaço onde se habita e ponto de partida para que se instaure um movimento. Esta é, pois, a ambiguidade que será posta em reflexão. A questão do enquadre está diretamente relacionada ao efeito da desorientação.

Daí parte-se para um capítulo que retome o conceito de transferência freudiano, assim como pontos-chave do caso clínico que ajudem a integrar o primeiro fragmento narrado: ORIGENS. Retomar as origens para dar um sentido ao vivido – em direção a um corpo.

Haverá, então, uma concentração na metapsicologia da psicose em relação ao corpo; vale dizer, à imagem do Eu e sua constituição: CORPO. Nesse capítulo serão abordadas considerações psicoterápicas em relação ao corpo concernentes à experiência de Pankow, no sentido de uma estruturação da imagem; Ogden, que traz um apanhado sobre a questão do reconhecimento do sujeito como essencialmente intersubjetivo, e Anzieu, que traz a noção do Eu-pele e de uma pele-comum enquanto primeira experiência que constitui uma identidade. A ideia é que esse capítulo traga, enfim, um corpo aos fragmentos descritos e um fundamento metapsicológico ao termo da desorientação.

Por fim, as considerações finais, que abordam palavras finais sobre o caso clínico e mais uma vez a discussão sobre o método de pesquisa, discussão que leva em conta o método enquanto o “caminho percorrido” na pesquisa tal qual concebido pela Psicopatologia Fundamental.

LUGAR

O método clínico

O escritor criativo não pode esquivar-se do psiquiatra, nem o psiquiatra esquivar-se do escritor criativo, e o tratamento poético de um tema psiquiátrico pode revelar-se correto, sem qualquer sacrifício de sua beleza.
(Freud, 1908, p. 47)

Esta pesquisa parte de um caso clínico, tendo como objetivo pensar a clínica do Acompanhamento Terapêutico através da transformação em narrativa daquilo que foi vivido entre a dupla at-paciente. O ato de escrever é um movimento de transfiguração da acompanhante terapêutica em autora de uma obra. Através de um distanciamento do ocorrido, ela é personagem e autora, pensa seu próprio pensamento que tomava forma durante o momento narrado.

Pensar a clínica é tarefa de qualquer terapeuta que preze por seus pacientes e pela circulação de conhecimento entre ele e outros profissionais, de forma que o fato de clinicar já significa um tipo de pesquisa. A atividade de pensamento está intensamente presente não só no encontro terapêutico como depois dele, seja no espaço de supervisão, na análise pessoal, no grupo de estudos, na universidade, na solitária prática da escrita. Segundo Berlinck (2008, p. 313), a clínica psicanalítica é uma intensa atividade de pesquisa em que se engajam paciente e psicanalista.

A base do conhecimento em psicanálise é um saber móvel, passível de ser questionado e reconstruído. A clínica é capaz de reposicionar os aspectos teóricos. Cada paciente é singular, padece de algo que é singular e constrói movimentos psíquicos próprios para lidar com esse padecimento, constituindo assim uma economia libidinal única.

Padecer é inferior a agir (...) é próprio do agente encerrar em si mesmo um poder de mover ou mudar (...) Diz-se paciente, ao contrário, àquele que tem a causa de sua modificação em outra coisa que não ele mesmo. A potência que caracteriza o paciente não é um poder operar, mas um poder tornar-se, isto é, a suscetibilidade que fará com que nele ocorra uma forma nova (...) O paciente, como tal, é que, por natureza, é um ser mutável, caracterizado pelo movimento. (Berlinck, 2008 p. 19)

A transformação pela qual passa um paciente é um movimento que traduz o processo analítico e psicoterapêutico. Fédida (1992) considera que trabalhar atualmente no campo da psicanálise refere-se à prática clínica e a nada ceder da considerável herança metapsicológica que Freud nos deixou (p. 114). O pensar a clínica, o construir metapsicologia é, para esse autor, uma tarefa fundamental que leva em conta uma diversidade de fatores, sendo os principais a curiosidade do analista com relação ao seu paciente e a análise do analista. Ambos nos remetem à idéia de movimento também do analista.

A condição referencial da situação psicanalítica na metapsicologia dá a entender que toda a proposição, toda a hipótese, todo modelo ou todo conceito é capaz de restituir a situação psicanalítica, de fazê-la ver em abismo e, conseqüentemente, está disponível para um pensamento da clínica. (Fédida, 1992, p. 115)

A Psicopatologia Fundamental, campo de saber que orienta esta pesquisa, refere-se a um olhar particular em relação ao caso clínico, um olhar atento ao *pathos*. Segundo Fédida (1991), “o *pathos* concerne aqui ao vir à tona trágico da subjetividade – verdadeiro corpo estranho ao vivo psíquico (...) o trágico pertence a uma lógica das capacidades humanas (amor, desejo de conquista, ambição), cuja *tensão extrema* os faz se revirarem em potências de autodestruição” (p. 27). Em outras palavras, *pathos* significa a presença do excesso que se faz mortífero na vida.

Fédida (1991) deixa muito claro que o *pathos* do sofrimento está no haver receptividade humana a ele, nessa prova do sentimento não podendo ser vivido sem que

ela tenha experimentado sua ressonância, na condição de que ele não seja isolado na qualidade de vivido particular (p. 28). É talvez por este motivo que o terreno da psicanálise demonstra-se tão fértil para a pesquisa no campo da Psicopatologia Fundamental.

Assim, a construção de uma narrativa daquilo que foi vivido na relação terapêutica pode transformar este “pático”, este vivido, em experiência. O movimento desta construção é o que caracteriza o método próprio da Psicopatologia Fundamental. Diria, com mais precisão, que o método de pesquisa é composto de três movimentos que não existem separadamente: o movimento próprio do paciente, o movimento do analista na situação clínica (ou seja, sua implicação na transferência e contratransferência) e o movimento de construir a narrativa a partir da situação clínica, isto é, capacidade metafórica das palavras do analista, movimento posterior e necessário para a pesquisa propriamente acadêmica.

O caminho que percorri para escrever estas narrativas foi traçado através daquilo que me era suscitado durante o encontro e que me retornava depois dele. Cada encontro de AT trazia-me uma série de sentimentos, pensamentos e questões referenciadas a algum ponto que ressaltava no encontro. A atenção flutuante em que mergulhava, por vezes com mais sucesso que em outras, tornava possível tocar nesses pontos específicos que se sublinhavam e que ajudavam a fazer um recorte. O recorte feito constituía, assim, o ponto de partida para escrever as narrativas clínicas.

Se levarmos a sério o significado da palavra psicopatologia – discurso (logos, logia) da paixão, do afeto (pathos) psíquico seremos, imediatamente, remetidos ao método clínico: espaço percorrido a caminho da palavra representante desse sofrimento (...) As representações obscuras só vem a ser claras por meio da prática de se colocar em palavras as representações sobre o mundo interno, e o método clínico a isso se dedica. Descobrir maneiras de pôr em palavras o obscuro é a finalidade mesma do método. (Berlinck, 2009, p. 441)

Chama-se método clínico na Psicopatologia Fundamental justamente o caminho percorrido desde o vivido na clínica até a escrita que leva ao encontro do termo representativo do vivido. No caso deste trabalho, é o termo da desorientação que vem à luz, abarcando em si todo um movimento característico da clínica do AT, que se relaciona intimamente com a criação do enquadre flexível nesta clínica, como veremos a seguir

O enquadre no AT

Este item pretende, a partir de uma revisão da técnica psicanalítica, abrir questionamentos relacionados à flexibilidade do *setting*³ na situação do Acompanhamento Terapêutico. Acredita-se que a partir desta clínica singular, a clínica do AT, clínica em movimento por definição, pode trazer elementos para se pensar em um movimento de abertura da clínica com casos de difícil manejo.

A palavra flexibilidade nos traz um sentido interessante. O que significa um trabalho clínico estar fundamentado em um *setting* flexível? Um *setting* clínico flexível deixa a nós, terapeutas, em uma situação de desproteção, de vulnerabilidade? O que se pretende propor aqui é que um *setting* terapêutico flexível não necessariamente é um *setting* frágil, vulnerável, que pode facilmente se quebrar. Pelo contrário, justamente quando ele está bem fundamentado é que se esboçam possibilidades de manejar a transferência com o paciente, sendo este o trabalho a ser realizado com ele. A discussão

³ Utilizaremos o original *setting*, pois a teorização sobre o enquadre foi feita pela primeira vez por D.W. Winnicott, psicanalista inglês. Ao longo da dissertação, no entanto, o termo *setting* ou enquadre será intercalado conforme cada autor se utiliza dele.

proposta aqui é de fazer pensar nos *elementos que compõem o setting* para sustentar a hipótese de que a *flexibilidade* pode ser um deles.

A questão do *setting* pode ser amplamente discutida se partirmos da clínica do AT, já que é uma clínica que traz em si uma singularidade: sustenta-se na proposta de movimento espacial. Para uma breve introdução ao AT, caberia uma definição de como, quando e porque funciona esta modalidade de atendimento. Está em geral destinada aos casos difíceis, psicoses e neuroses graves, quando o tratamento proposto em uma análise não é suficiente para a melhora do quadro. Um AT é convocado para a tentativa de fazer laço ao paciente que não sai de casa, da instituição de tratamento, que tem dificuldade de circular e fazer vínculos com o mundo, tendendo ao isolamento. O acompanhamento é, portanto, uma clínica que articula redes, dispositivo que foge da rigidez da instituição, da ortodoxia analítica. Palombini (2004), ao tratar do tema do AT na rede pública, descreve-o como uma clínica em ato, onde “o *setting* é a cidade: a rua, a praça, a casa, o bar. Uma clínica em que a palavra e também o corpo, os gestos, as atitudes contam.” (p. 78)

Nessa citação, Palombini coloca que um elemento importante em jogo no AT é a circulação pelo espaço físico, fazendo, entretanto, um apontamento em relação ao ato e ao corpo do terapeuta, abarcando assim a questão da posição do analista no que concerne às regras e normas adotadas para o andamento do processo terapêutico, outro elemento do *setting*. O termo flexibilidade, assim, articula-se tanto à idéia de circulação quando à idéia do corpo como *setting*.

Green (2008) relembra-nos que a introdução do termo enquadre foi dada por Bleger, na Argentina, e Winnicott, na Inglaterra. Ao falar de enquadre, Green propõe um termo diferente: *montagem*. “Conjunto das condições de possibilidade requeridas para o exercício da psicanálise, que se dividem entre enquadre material (o contrato

analítico) e a regra fundamental” (p. 53). Levantemos algumas considerações sobre o enquadre material.

Estrutura espacial: em geral, a disposição espacial da situação analítica se faz pela posição sentada do analista em assimetria à do analisando, porém em uma disposição recíproca. O analisando deitado e relaxado está mais propício a vivenciar uma situação de regressão e emergência do infantil, do inconsciente. Também a posição deitada facilita para o que Freud já chamara atenção: a associação livre ⁴.

O par at-acompanhado movimenta-se em anonimato, sem um lugar prévio para que as sessões aconteçam, sem divã ou poltrona. Aqui, a associação livre não é o principal objetivo almejado, mas certo *caminhar livre* e uma independência em relação às palavras como recurso principal para a comunicação entre os dois. Uma vez que o discurso do sujeito psicótico é geralmente fragmentado, a associação livre lhe é inerente e existe nele grande dificuldade de um afastamento desta pura realidade livre-associativa para que haja, como caracteriza Khan, uma capacidade para o “sonho bom”.

Estrutura temporal: acordo prévio sobre a duração e frequência das sessões e sobre as interrupções (férias e eventualidades). Situa o tempo presente.

⁴ Um trabalho considerável a este respeito é o texto de Masud Khan (1962) que faz uma analogia da situação analítica com a experiência do sonhar. Levanta a hipótese do *setting* analítico ter suas origens na própria constatação de Freud de que a auto análise era impossível. Freud, em suas correspondências com Fliess, trata da obrigatoriedade de que haja outra pessoa para que se possa haver *transferência*, o que segundo Khan é o propriamente terapêutico:

“(…) pela análise dos próprios sonhos e pela empatia com as experiências clínicas dos seus pacientes nas situações hipnóticas e catárticas do tratamento, Freud, intuitivamente, recriou uma ambiência física e psíquica no *setting* analítico que corresponde, de modo significativo, àquele estado intrapsíquico presente na pessoa que sonha, e que conduz a um ‘sonho bom’” (p. 57).

Pontua-se aqui que no Acompanhamento Terapêutico prevalece a posição lado a lado, justamente porque o “sonho bom” do psicótico não é o seu delírio. O trabalho do analista com o paciente psicótico, para Khan, é propiciar a ele a capacidade de sonhar, ou seja, afastar-se de alguma maneira de sua confusão com a pura realidade.

Green fala em “estojo e matriz ativa” enquanto termos que também designam esta divisão do enquadre em duas partes: o material (tempo e espaço - o estojo) e a virtual, ou, como ele mesmo denomina, o “enquadre interno”, que se refere àquilo que faz caminhar o processo - o respeito à regra fundamental, à atenção e à escuta flutuantes, à neutralidade benevolente, à receptividade para as produções inconscientes do analisando a às do próprio analista.

O estojo, que abarca as condições do espaço e do tempo, é fundamental para tornar possível o processo. Mas há um enquadre, na montagem de que fala Green, que permanece invisível. Virtual. Um autor que propõe trabalhar com a ideia de materialidade e de virtualidade do enquadre é Fédida. Por situação analítica, ele entende aquilo que acontece quando um enquadre é provido de condições favoráveis para que se engendre um *trabalho analítico*.

(...) a situação psicanalítica não é materializável e, no entanto, de fato, ela é materializada no que chamamos lugar das sessões, a disposição espacial do analista e do analisando, a existência de um horário regular, o pagamento dos honorários etc. Essa materialização não é indiferente: ela institui a condição ética de um enquadre. Mas lembrar que a situação psicanalítica não é materializável e que os lugares da análise só poderiam ser pensados em relação à situação analítica, ela mesma irreduzível ao lugar e ao espaço da sessão, isso é necessário para a elaboração de uma teoria dos lugares. (Fédida, 1991, p. 127)

Vale pensarmos a virtualidade do enquadre a partir do que Fédida entende por situação psicanalítica. O autor entende por lugar – *topos* (lugar no espaço, posição, ponto de partida referente a qualquer matéria) – do analista o lugar do *ausente*: estar presente em negativo. Fédida (1991) chama o interlocutor na situação psicanalítica de uma pessoa-ninguém:

(...) em seu lugar, em seu papel na sua cena, o analista não pode crer poder viver ou se lembrar no lugar do paciente o que esse sentiu e viveu. A radical distinção de cenas exclui que o analista se identifique com o

destinatário imaginário dos afetos e representações do paciente, cuja palavra deve abri-lo ao vazio de uma não resposta (p. 34).

Neste lugar, o analista poderia permitir o tempo de uma elaboração, que o relato do paciente ganhe uma figuração pela linguagem, o que lhe permite dizer que não é o enquadre que faz a análise. Lugar e enquadre, para Fédida, são termos que designam diferentes significados.

Bleger (1977), também disposto a teorizar o enquadre, define-o como aquilo diz respeito às constantes de um fenômeno, método ou técnica. Tais constantes incluem:

O papel do analista

O conjunto de fatores espaciais e temporais

A técnica (honorários e horários)

Assim, enfatiza também duas situações distintas e complementares na experiência clínica: o processo (ou a situação psicanalítica) e o não processo (o *setting*).

Se o processo engloba as variáveis que compõem o tratamento, o enquadramento do processo (como ele denomina) é o que sustenta a possibilidade de ocorrência e manejo dessas variáveis. Ou seja, o *setting* psicanalítico é tido como uma base de sustentação do tratamento.

Bleger (1977) define uma instituição como uma relação com a manutenção de um conjunto de normas ou atitudes. O enquadramento é, portanto, uma instituição. “As instituições funcionam sempre como limites do esquema corporal e núcleo básico da identidade” (p.312).

O autor traz a noção de não-ego: aquilo que o sujeito ainda não percebeu que pode faltar, as relações estáveis e imobilizadas. Na psicose, o não ego é aquilo a que o paciente se atém para existir. O não ego é imóvel, pertence ao campo das pulsões não metabolizadas, da compulsão à repetição. Tais forças, clivadas e depositadas na parte

imóvel do enquadre (a sincretia e o não ego) ganhariam visibilidade caso o *setting* se rompesse. Em outras palavras, o que Bleger quer transmitir é que o enquadramento dá conta da pulsão de morte predominante no tratamento. Ele a abarca e permite que o processo ocorra.

Desta forma, segundo a concepção deste autor, para que haja movimento algo deve estar imóvel. O não ego, assim como o *setting*, é a base para que o ego possa vir a se organizar quando vivencia experiências de frustração. É a partir da existência do não ego que o ego pode se *movimentar*. “A simbiose com a mãe permite à criança o desenvolvimento de seu ego; o enquadramento tem a mesma função: serve de sustentação de marco, mas só chegamos a vê-lo – por ora - quando muda ou se rompe” (p. 315).

Pode-se então pensar o *setting* no AT fazendo uma alusão ao corpo, já que, em ultima instância, é o corpo do terapeuta ao lado do paciente que funciona como um marco para ele, principalmente quando o principal sofrimento desse paciente diz respeito às vivências de fragilidade e ameaça de despedaçamento do próprio corpo, base imagética do ego. Trazer para esta discussão a questão da dissociação egóica⁵ como vivência própria da paciente apresentada nesta pesquisa, pode ser de grande importância para articularmos a questão do *setting* com a questão do corpo, para podermos dizer que haveria, na situação do AT, um *corpo como setting*. Esta é uma ideia bastante difundida nas teorizações sobre o Acompanhamento Terapêutico: a do corpo como *setting*, o corpo do terapeuta como palco de uma cena transferencial. Retomaria aqui a questão da flexibilidade do *setting*, propondo um movimento: pensar o AT como uma *clínica do fora* – termo pensado no primeiro projeto desta pesquisa – dá a entender que o corpo do terapeuta está posicionado no *setting*-rua, aparentando uma situação terapêutica

⁵ A ser aprofundado no próximo capítulo.

desprotegida. O corpo-*setting*, entretanto, faz pensar em uma espécie de “clínica do dentro” (o enquadre interno de Green): não se trataria tanto de *setting* em si (espaço onde se dá a cena), mas da posição adotada pelo terapeuta de abrigar em si o espaço e o tempo da dupla AT- acompanhado.

Como escreve Coelho Junior (2008), “a prática analítica é pensada por ele a partir de um *setting* móvel e sensível, poroso ao outro e ao mundo, morada da percepção e das possibilidades de contato que tem o analista. Este *setting* é o corpo (...) e sua porosidade frente aos seus afetos e aos do paciente” (p. 99) Em outras palavras, entende a flexibilidade do *setting* enquanto disponibilidade do analista para ser usado ou influenciado pelo paciente, oferecendo seu corpo no polo oposto da defesa paranoica.

Ainda Coelho Junior (2008) ao trazer esta questão do corpo como *setting*, alerta: trata-se muito mais de resgatar o lugar do corpo na análise do que de transformar a análise em uma análise do corpo ou uma análise no corpo, literalmente. Sobre isso, explica que justamente quando há uma ruptura do *setting*, o corpo do analista é atacado, já que é com o corpo que somos penetrados por introjeções e que realizamos projeções (p. 100). Retomando o que vimos em Bleger, o rompimento do *setting* traria à tona a carga tanática presente naquele encontro.

Não se pretende aqui falar do corpo em si, mas da abertura que a ideia do corpo como *setting* pode trazer em termos de concepções técnicas. O corpo do terapeuta ao lado do paciente é justamente aquilo que pode contornar a situação terapêutica, aquilo que dá referências ao paciente que, muitas vezes, há um bom tempo não sai da clausura de sua casa ou de uma instituição de tratamento psiquiátrico.

O corpo do terapeuta como continente, a maneira como se posiciona em relação à transferência, enfatizam a preocupação com a posição do terapeuta. Figueiredo (2008) fala de reserva enquanto um conceito que ajude a pensar na posição do analista. Reserva

é adotada por ele enquanto o outro polo do que ele chama *implicação* do analista. Refere-se à capacidade e posição ética que o analista deve ter de estar presente com certa ausência, numa espécie de implicação reservada. “O analista, posto em reserva, está ele mesmo confiado às suas reservas anímicas e corporais sem que se coloque para ele a tentação de dominá-las e explorá-las” (Figueiredo, p. 26).

Falar de reserva já demanda um primeiro retorno a Freud, quando coloca a questão da abstinência. Em seus textos sobre a técnica psicanalítica⁶, ele esclarece as regras clássicas que a compõem. É função do analista levar o paciente a se comprometer com a *regra fundamental*: a associação livre. Nas palavras de Berlinck (2008), “a regra fundamental compromete analisando e analista com a livre associação em prejuízo de qualquer forma de censura” (p. 260). O analista, por sua vez, estaria equipado com aquilo que Freud chama *atenção equiflutuante* que, nas palavras do mesmo autor, “recoloca o compromisso do analista com seu próprio trabalho analítico, além de enlaçá-lo com o espírito de curiosidade que o leva a deixar que se transforme continuamente o que pensa” (p. 261). A regra fundamental e a atenção equiflutuante do analista, mais do que normas técnicas, são atitudes éticas que funcionam como sustento da situação analítica. Ética que supõe não invadir, não possuir o paciente. Ética da abstinência.

Como pano de fundo que constitui o trabalho prático proposto por Freud, vale frisar que ele nos atenta para aquilo que está interdito, para o que não se deve fazer, esboçando um analista preocupado em manter-se cuidadoso, em frustrar o paciente de sua necessidade e gratificações amorosas, ou de sua exigência de que o analista lhe dite

⁶ A dinâmica da transferência (1912), Observações sobre o amor transferencial (1915) Esboço de Psicanálise, escritos sobre técnica, cap. VI (1938) .

regras sobre como deve conduzir sua vida. O analista precisa ser abstinente e supor um saber irresponsável ⁷.

Green (2008) propõe que pensemos em uma neutralidade benevolente, lembrando-nos que a benevolência não está em contradição com a neutralidade.

A benevolência consiste, essencialmente, em uma atitude de receptividade compreensiva (sem que com isso se torne cumplicidade) (...) trata-se também da receptividade e da disponibilidade em relação às produções vindas do próprio inconsciente do analista e que ele terá de não apenas tolerar como compreender (Green, p. 57)

Fédida (1988), em texto abordando elaborações técnicas, traz em evidência este movimento de Freud enquanto alguém preocupado em manter a ordem da psicanálise, fazendo suas recomendações para que ela não fosse pervertida por analistas afoitos e aventureiros. Freud, ao longo de toda a sua prática clínica, preocupou-se, sobretudo, em traçar uma metapsicologia e utilizou a prática como um método de investigação do inconsciente de seus pacientes. A partir dessa prática, fundou uma ciência.

Freud não se interessou pela técnica psicanalítica a não ser na medida em que tivesse valor de método e que a prática do método era, antes de mais nada, posta a serviço das descobertas teóricas sobre o psiquismo humano. (Fédida, 1988, p. 98)

Sándor Ferenczi, por sua vez, é caracterizado por Fédida (1988) como um psicanalista mais voltado para o trabalho do psicanalista, “apaixonado pelas condições práticas do manejo clínico da técnica na sua vocação de ser uma técnica terapêutica” (p. 99).

Parece fundamental que Ferenczi seja aqui citado, psicanalista contemporâneo a Freud que se dispôs a traçar uma espécie de “metapsicologia da técnica”. Desde o artigo intitulado “Prolongamentos da técnica ativa em psicanálise” (1912) até sua conferência denominada “Elasticidade da técnica psicanalítica” (1927), são abordadas

⁷ Esta questão será melhor aprofundada no capítulo sobre a transferência.

diversas questões que nos interessam aqui: a atividade do analista frente ao paciente, o uso da segunda regra fundamental (quem quer analisar os outros deve, em primeiro lugar, ser ele próprio analisado – o que, pela primeira vez na história da psicanálise, evidencia a vulnerabilidade psíquica do terapeuta), a técnica do “sentir com” e do tato analítico como técnica aplicável, principalmente quando se trata de casos mais graves.

A técnica ativa foi proposta por Ferenczi, a princípio, para certos casos de histeria de angústia nas quais haveriam sintomas fóbicos. Ele propõe a utilização dessa técnica esperando que certas resistências, certos pontos mortos da análise desses pacientes sejam superados com maior rapidez. A técnica ativa consistiria, primeiramente, em incitar o paciente a realizar atos tidos por ele como desprazerosos para, em seguida, após terem sido tomados pela consciência como fontes de prazer que estariam recalcadas, interditá-los. Ferenczi (1912) cita o caso de uma paciente que sentia um medo horrível de se expor, era musicista e não conseguia apresentar-se em público sem uma dose considerável de vergonha e angústia que inviabilizava seu desempenho. Dizia sentir-se observada na rua por causa de seus seios volumosos e tentava comportar-se corporalmente de forma a dissimular esta malformação que ela imaginava ter.

Ferenczi, utilizando-se da técnica ativa, intervém da seguinte maneira: pede à paciente que *se exhiba para ele*. Quando a paciente se conscientiza de que o exibicionismo na verdade lhe causava prazer, ele a proíbe de continuar e ordena que retomem o trabalho da análise. Ferenczi (1912) se diz espantado em ver como esse pequeno episódio favoreceu o trabalho de sua análise.

As injunções tiveram por conseqüência torná-la plenamente consciente de certos impulsos, até então recalcados ou que se apresentavam sob uma forma rudimentar irreconhecível, e finalmente de tomar consciência deles enquanto representações que lhe eram agradáveis, enquanto moções de desejos. Em seguida, quando lhe foi recusada a satisfação proporcionada pela

ação doravante impregnada de volúpia, as moções psíquicas, agora despertadas, encontraram o caminho do material psíquico recalçado há muito tempo e das lembranças infantis. (p. 70)

Ferenczi, nesse texto, propõe uma inovação da técnica como uma tentativa de lidar com as resistências do paciente e acelerar o tratamento. Somente em determinada circunstância ele aconselha a técnica ativa: onde houver uma prolongada paralisação do conjunto de associações do paciente. Admite, depois, que essa técnica é contra indicada em alguns casos e igualmente para analistas muito jovens. Observou que a técnica indiscutivelmente conduzia a uma reativação das experiências traumáticas da infância na situação analítica, mas nem sempre essa reativação era seguida de uma resolução da repetição, e sim de um aumento da tensão, podendo ocorrer, portanto, uma intensificação das resistências através do uso da atividade pelo analista. Evolui assim para a ideia da “elasticidade do analista”. Em 1927 escreve o artigo “Elasticidade da técnica psicanalítica”, propondo por elasticidade a técnica da tolerância e da indulgência.

Adquiri a convicção de que é, antes de mais nada, uma questão de tato psicológico de saber quando e como se comunica algo ao analisando, quando se pode declarar que o material fornecido é suficiente para tirar conclusões; de que forma deve a comunicação, num determinado caso, ser feita; como se pode reagir a uma reação inesperada ou desconcertante do paciente; quando devemos nos calar e esperar outras associações, e em que momento o silêncio é uma tortura inútil para o paciente . (Ferenczi, 1927, p. 35)

Há aqui uma clara preocupação de Ferenczi com a possibilidade de uma flexibilidade do analista para consigo mesmo, principalmente uma capacidade de tato e empatia enquanto técnica, mas que para ele parece só ser possível quando o analista em questão estiver, devidamente, a par de seus próprios limites. Talvez pudéssemos extrair da segunda regra fundamental da psicanálise a seguinte ideia: “a compreensão que o

analista tem do que seria o *setting* psicanalítico se arraiga, fundamentalmente, em sua própria experiência como analisando” (De Deus, 2007, p. 98)

Continua Ferenczi (1927):

O que é tato? Tato é a faculdade de sentir com. Se conseguirmos, com a ajuda de nosso saber, formado pela dissecação de inúmeros psiquismos humanos e, sobretudo, pela dissecação de nosso Si-mesmo, imaginar as associações possíveis ou prováveis do paciente que ele ainda não percebe, podemos – não tendo como ele que lutar contra as resistências – adivinhar não apenas seus pensamentos retidos, mas também as tendências que lhe são inconscientes. (p. 36)

Aqui estão as bases para que se estude a contratransferência. Ela é abordada pelo autor não como algo que dificultaria a análise, mas, ao contrário, como a própria técnica a ser empregada. Ferenczi formulava sua técnica com base em sua vivência clínica, de forma a considerar, como explica Berlinck (2008), que “qualquer sucesso deve ser compreendido como uma interação da transferência do paciente, isto é, de sua compulsão à repetição, com a contratransferência do analista, ou seja, sua técnica” (p. 281). Seria através das constantes inovações da técnica que ele poderia lidar com as repetições quase inalteráveis que seus pacientes apresentavam na relação transferencial. Do saber dosar a simpatia exercitando um rígido domínio da contratransferência, Ferenczi passa a propor o tato analítico (faculdade de sentir com) e a empatia. Tais manejos técnicos devem ser despojados de seu caráter místico, como ele bem situa, alertando que seriam possíveis ser exercidos graças, prioritariamente, à “análise do analista”. Eis a importância da “equação pessoal do analista”, que lhe permitirá ser aquele que pode sentir com seu paciente (em um nível pré-consciente) e avaliar a situação analítica à distância. Está aí o que Ferenczi quer nos fazer entender por analista elástico.

Desta forma, pensemos, primeiramente, nas recomendações técnicas propostas por Freud articulando-as com casos de psicose. Como sabemos, Freud esteve preocupado em estudar a psicose sob o ponto de vista metapsicológico, porém constatando que não haveria transferência possível com pacientes psicóticos, distanciou-se da tentativa de construir recomendações técnicas que abrangessem esses pacientes. Freud (1938a) deixa claro que se deve “renunciar a idéia de experimentar o plano de cura com os pacientes psicóticos - renunciar a ele talvez para sempre ou talvez apenas por enquanto, até que tenhamos encontrado um outro plano que se lhes adapte melhor” (p. 188)

A partir deste apanhado de teorizações sobre o *setting* e a técnica psicanalítica, vale pensarmos a técnica no AT a partir da narrativa de uma situação que faz pensar a questão da flexibilidade do *setting* e elasticidade da técnica. Segue, então, o relato de um Acompanhamento Terapêutico realizado com Miriam.

Telepatia

(Do gr. *tēle*, «longe» + *páthos*, «emoção viva» + *-ia*)

- 1) Capacidade que se pretende possuam algumas pessoas de transmitir e receber pensamentos a distância, sem que façam uso dos sentidos naturais. 2) Essa transmissão.

Praticamente uma constante entre as nossas cotidianas saídas: o carro. Meio de transporte entre sua casa e o resto do mundo. Entre seu silêncio, seu ensimesmamento e a possibilidade de uma interlocutora, de um vínculo transferencial.

No carro, o silêncio. O que significava aquele silêncio, ela que andava tão falante por aqueles dias? Estávamos indo a uma exposição que nem mais sabíamos se ainda estava aberta para visitação. Ela não havido cumprido o combinado comigo de

escolher algo e certificar-se de que estaria em exibição (era sempre eu quem estava organizando nossas saídas, por isso há algumas semanas combinamos que ela o fizesse). Diante disto, resolvemos então sair “ao acaso”, apostando que haveria certa exposição no lugar onde habitualmente íamos.

O acaso suportava uma espontaneidade, uma confiança no vínculo, um risco em poder se frustrar, em poder deparar-se com uma ausência. De certa forma, parecia-me interessante ver até que ponto ela chegaria dentro de sua possibilidade de movimentar-se frente ao acaso, ao possível risco de uma expectativa não se validar. Aqui já se esboça uma primeira ideia de *setting* neste AT: a segurança do carro enquanto meio de transporte, do dia e horário combinado para o encontro. O sair ao acaso pressupõe confiança e consistência no *setting*, já que o que se sobressai aqui é justamente a quebra da repetição com esta paciente.

Miriam continuava em silêncio, no carro, enquanto eu me absorvia em pensamentos, sem saber como colocá-los em cena. Compartilhávamos o silêncio, cada uma em seu próprio imaginário. Faço então a pergunta-chave: *por que esta tão quieta?*

“Telepatia. Estou me comunicando com você por telepatia”, dizia ela.

Surpresa com seu motivo, por um momento sinto-me impotente por não dispor de sua incrível capacidade telepática. Digo a ela que não posso acompanhá-la nessa comunicação. Ela ri (há aqui um movimento em direção à alteridade) e então se apressa a falar, sua fala despedaçada de sempre, sem pontuações, sua fala delirante misturada com os fatos dos dias próximos (que eu sempre teimei questionar a qual tempo, de fato, pertenciam).

Conta-me que me viu na rua. Que tem me visto e falado comigo por telepatia. Diz que Deus tem sugerido a ela que converse comigo, que eu posso ajudá-la. Como eu

deveria suportar esse lugar? Ser uma enviada de Deus? Como me reservar diante de uma fala como essa, sem me colocar em uma posição defensiva?

Esta distinção deve ser feita com cuidado, já que uma presença reservada significa buscar, como escreve Figueiredo (2008), “uma maior possibilidade de trânsito intrapsíquico, o que é condição para os ganhos na luta contra a repressão e contra cisões e dissociações” (p. 27). Por outro lado, se há no analista, no acompanhante terapêutico, uma necessidade defensiva devido à invasão de certos conteúdos do paciente, e desta forma ele atue tentando controlar ou subjugar um saber à situação que se esboça, fecha-se o campo das comunicações e o analista em questão experiencia ganhos narcisistas que se opõem ao processo terapêutico do paciente.

Feitas estas pontuações, continuo meu relato clínico:

Chegamos então ao lugar almejado: Museu de Arte Contemporânea da Universidade de São Paulo - USP. As portas fechadas já nos informavam que não havia nada acontecendo ali. O segurança nos diz que a próxima exposição está em fase de montagem. Ali ainda não havia nada para ver. Vazio.

Ela olha-me com ar de frustração, diz que quer ir para casa. Fico ali parada por um tempo, tentando minimamente sustentar o vazio e a escolha (minha e dela) de sair ao acaso. Pergunto, com uma entonação forte: *voltar para casa?* Aquele momento me parecia crucial: havia uma quebra na repetição. Se sempre íamos a exposições de arte e nesse dia a exposição que supúnhamos estar acontecendo não estava lá, o que poderíamos fazer juntas? Retomei que o que ela mais andava me pedindo era que saíssemos de sua casa. Por que voltar para lá? Dispúnhamos ainda de uma hora de acompanhamento. Aqui é clara a minha referência ao *setting*. Ela então se questiona: mas o que vamos fazer então?

Esta questão também é um ponto interessante que faz retomar nossa discussão inicial: a da flexibilidade do *setting*. Num momento de quebra da repetição, calcamos-nos no *setting* para avistar um direcionamento da situação. Mas o que é o *setting* aqui? A USP? Meu carro? Meu corpo? Talvez fosse necessário que mapeássemos o *setting*, juntas.

De fato, encontramos um mapa, Mapa das artes da USP, que expunha tudo o que estava acontecendo em matéria de artes pela universidade. Guia concreto. Mapa de território. Examinamos o mapa e ela se interessa pela semana das artes que estava acontecendo na Faculdade de Engenharia. Pergunto a ela o porquê desse interesse, e ela conta-me algo que eu havia esquecido: tinha estudado engenharia quando moça. Eu nunca soube ao certo se ela realmente havia estudado engenharia, outras vezes já dissera que estudara Letras. Na verdade, talvez ela não tivesse cursado nenhuma faculdade, pois sei que foi neste momento de sua vida que o surto psicótico aconteceu e ela se enclausurou em casa. Essa época de sua vida parece um grande buraco-negro, difícil remontar com ela sua história. Ninguém de sua família se dispôs a me contar. Acredito em sua fala e na possibilidade desta “verdade” - seja ela real, acontecida em algum tempo cronológico, seja um delírio, representante da memória anacrônica - esboçar qualquer desejo possível de ser nomeado.

Retornemos à situação do acompanhamento: tomamos a direção por ela escolhida, rumo à Escola Politécnica, para descobrir do que se tratava a semana de artes da Engenharia. Durante o caminho ela me conta, curiosamente em uma fala mais conectada e linear, que gostaria de ter sido engenheira química, que já havia trabalhado em uma fábrica, como seu pai. Vão surgindo conteúdos de sua história. Em seguida vai adentrando na problemática com o pai, que parece acompanhá-la incessantemente. Diz que nunca conseguiu ser nada por causa dele; ele roubou aquilo que lhe pertencia.

Quando pergunto o que foi exatamente que ele roubou, ela se confunde, e entra em um discurso mais fragmentado, fazendo referências aos maridos, às amantes de seus maridos, às amantes de seu pai, a uma tia vulgar cuja voz ela imita em tom de deboche. Eu, mergulhada em atenção flutuante, tentando pontuar sua fala, tentando prestar atenção no caminho para a Poli (que eu não conhecia), escutar o que fazia sentido enquanto concretamente íamos para onde seu desejo pareceu apontar, estaciono o carro. Nesse momento há, de minha parte, uma total implicação.

Não pretendo adentrar na sua fala em si, mas na situação em que estávamos, isto é, nas possíveis afetações que essa situação poderia produzir em mim e nela. Durante o passeio, Miriam pareceu um pouco deslocada, olhando as salas de aula da Poli, a movimentação estudantil (a exposição de arte que acontecia parecia ser o que menos importava naquele momento). Parecendo angustiada, agita-se, vai ao banheiro algumas vezes. Sinto-me mergulhada em um não saber: será que estar ali produzia muita angústia nela? Como ajudá-la a sustentar o desejo de estar ali? Suponho que seu imaginário naquele momento confrontava-se com o real vivenciado. As certezas de seu delírio competiam com a concretude de uma faculdade de engenharia: nada mais certo do que o concreto.

Figueiredo (2008) explica que “manter-se em reserva é para o analista, muitas vezes, a maneira de suportar estar em situações difíceis de discriminar, situações em que as autorias e origens dos sentimentos, desejos e até necessidades perdem seus limites individuais” (p. 29)

Vale aqui abordar a questão da contratransferência, que quer dizer a resposta emocional do analista frente ao seu paciente. O efeito contratransferencial aqui é o de uma *desorientação*. Como utilizá-la no trabalho analítico, no sentido tanto de guiar a

compreensão do analista em relação ao caso como no sentido de facilitar as trocas intersubjetivas?

Pierre Fédida (1988) concebe a “contratransferência como dispositivo econômico que permite ao analista poupar-se de experiências que não deve viver no lugar de seu paciente e muito menos por ele” (p. 79). A contratransferência, nesse sentido, articula-se com a posição de reserva abordada por Figueiredo. Enquanto conceito psicanalítico ajuda-nos a pensar algumas experiências afetivas intensas.

A contratransferência equivale a um dispositivo inerente a situação analítica e adequada ao enquadre do tratamento, evitando que o analista se encontre diretamente confrontado com a irrupção violenta dos afetos do paciente e dos seus próprios, permitindo-lhe reinstaurar a situação analítica caso essa seja perturbada ou momentaneamente destruída, formando o lugar de ressonância e de tradução em palavras de tudo o que pode ser experimentado no tratamento. (Fédida, 1988, p. 71)

Na citação acima podemos ter clara a ligação entre o que ele chama de contratransferência e o enquadre do tratamento. Ou seja, haveria certa maneira de fazer uso da contratransferência condizente com o enquadre, levando o terapeuta, neste sentido, a não se confundir como real destinatário da proposta do paciente a uma relação dual.

Tentei ficar ali com ela, olhar a exposição, os cartazes pregados nos murais. Um moço nos chama para conhecer a oficina de música que estavam fazendo. Ela quer ir, mas só um pouco; percebo nela um ligeiro cansaço. Vou me sentindo também tomada pelo seu cansaço, e quase instantaneamente trocamos olhares que exprimiam nossa vontade de ir embora.

Sentia-me *desorientada*, sem saber o que dizer sobre a ida à faculdade de engenharia com ela, como se houvesse acontecido algo para além do possível para nós

duas naquele momento. Ir até a faculdade de engenharia foi excessivo para ela? Eu havia sido demasiadamente ativa?

Voltando para o carro, dou-me conta de que não fazia nenhuma ideia de onde ele estava. O estacionamento era enorme, e os pontos de referência escassos. Não conseguia me lembrar do caminho que havíamos feito desde o carro até o prédio da Poli. Só podia me lembrar de que havia um muro cinza. Perguntava a ela, que também dizia não saber. Aqui sim posso falar de uma aparente quebra do *setting* para mim.

Perdidas em um mar de carros, andávamos em errância. Minhas esperanças de encontrá-lo iam cada vez mais se esvaindo, e ela, por incrível que parecesse, divertia-se com aquele andar desnorteado. Tantos carros pretos, tantos muros cinza, tanto asfalto, o sol do meio-dia fulminante. Tudo era igual, não havia marcas que diferenciassem nosso caminhar. Fui tomada por um nervosismo quase desesperado; em um momento acreditei piamente que ficaríamos ali para sempre. Seria este o sinistro experienciado pelo psicótico? Um andar sem referências, um mar de significantes que não faziam marcas que diferenciassem nem afetos, nem instantes, tudo um emaranhado só. Excesso de carros. Nenhum espaço vazio. Nenhum ponto familiar.

A hora do término do AT já havia chegado; agora, o tempo que passava era simplesmente tempo que passava. Ter um relógio não fazia mais diferença. Eu cesso meu caminhar, quase pedindo trégua. Digo a ela que não sei o que fazer. Miriam então pede calmamente para que eu pegue minha chave e tente apontar para todos os lados, atenta ao barulho que faria ao destravar. Descrente, fiz o que ela disse. O barulho da trava, quase ao nosso lado, pareceu um milagre! De volta ao familiar, eu ria aliviada. Ela ria de mim. Disse que nunca tinha me visto tão nervosa. Que eu estava “perdendo a cabeça”. Sua lucidez foi fundamental para mim.

Na volta, um silêncio inicial. Outro silêncio: um silêncio compartilhado e em fase de metabolização. O que havia se passado ali? Uma comunicação atuada? Uma reinstalação do *setting* analítico pela própria paciente?

Pudemos então comentar, rememorar aquele momento, rindo.

Com base nos levantamentos propostos no início do capítulo, como poderíamos discutir o fato ocorrido?

Houve uma quebra do *setting*? Aquilo que se mantinha imóvel eclodiu, causando desorganização na terapeuta? O que pode se movimentar nesta situação que levou Miriam a quase instantaneamente trazer ajuda à situação? (mostrando uma organização psíquica que raramente se fazia perceber nela).

A hipótese do corpo como *setting* e a hipótese de Bleger de que há no próprio *setting* (portanto no corpo de ambos os protagonistas da cena) algo que permanece imóvel é bastante relevante para pensarmos esta situação. Se houve confusão, ela permaneceu aparentemente a maior parte do tempo em mim. Fui tomada, ao longo deste acompanhamento, por algo aflitivo e desorganizador. O sinistro psicótico, a ameaça de ser tomado pelo inominável: a possibilidade de nomeá-lo desorientação chama-se contratransferência.

Zygouris (1999) propõe, ao invés do termo contratransferência, um termo que vale ser citado: “transferência acéfala”. Trata-se, segundo a autora, de uma transferência que inclui o que pode ser chamado de “transferência simbiótica”, “aparelho psíquico para dois”, ou uma “experimentação de pensamentos parasitas” por parte do analista (p.73), e que ocorre geralmente em momentos em que se experimenta estados de regressão, e com pacientes psicóticos.

Os pensamentos circulam magicamente de um a outro, quando não se trata de magia! Circulação, passagens para aquém das clausuras psíquicas habituais. Clausuras do próprio analista que desconhece as induções e transmissões de percepções que não estejam ligadas diretamente à

problemática edípica, ou então a conteúdos claramente enunciados pelo paciente. As clausuras psíquicas são constituídas pela própria linguagem; o que passa de um ao outro pode, em certas ocasiões, recuperar as palavras da língua. Reduzir a psicanálise a mera linguagem articulada a priva da dimensão fabulosa e ainda relativamente inexplorada, cujo suporte é principalmente o afeto. (...) Os afetos passam por um traslado que é de *contaminação e não mais de comunicação*. (p.74-75)

A ênfase no meu corpo ganha êxito: Miriam pôde, de fato, nesta contaminação, comunicar-se comigo. A situação do acompanhamento pareceu se reinstaurar por meio daquilo que surgiu dela, inesperado. Acolheu-me em minha confusão. É dela, afinal de contas, que vem as referências para a orientação. Podemos dizer, com base em tudo o que discutimos, que esse inesperado só pode surgir em função, não da quebra do *setting*, mas da consistência do *setting* que já havia sido criado durante o processo de mais de dois anos de acompanhamento com esta paciente. Esse *setting* é que *me permitiu falhar* (falhar aqui se refere ao controle suposto pela terapeuta). Neste sentido, é interessante concluir resgatando a idéia inicial de flexibilidade e circulação.

É possível entender que a circulação, o movimento pela cidade com o paciente é o que se sobressalta na clínica do AT, constitui seu diferencial, o que de fato a faz funcionar. Ao longo deste item da dissertação, esta concepção vai sendo questionada, e a partir da inclusão do fragmento clínico é possível concluir que a circulação, por si só, não garante o movimento. É necessária uma posição de clínico, um enquadre interno como diria Green, manter algo imóvel para poder haver movimento, como coloca Bleger. Uma disposição ao contágio, a acolher o inesperado e, principalmente, atentar aos próprios limites do terapeuta (que alude à segunda regra fundamental estabelecida por Ferenczi). Por limites do terapeuta, entende-se capacidade de abstinência (não resolver prontamente o enigma trazido pelo paciente) e a abertura ao que se transmite inconscientemente e se manifesta – seja como transferência, ou como

contratransferência. Disto é que se faz a clínica, e a circulação só tem a acrescentar quando o vínculo transferencial que se cria é consistente, não só se fazendo notar como compreender.

Vale dizer que a materialização do enquadre na cidade e a circunstância de um enquadre em movimento, se por um lado não é suficiente para produzir efeitos terapêuticos, também, por si só, não coloca o terapeuta em uma situação de desproteção e vulnerabilidade. O que faz valer o caráter terapêutico do acompanhamento é o vínculo, e ele se faz com tato, espera e sustentação de um enigma. Se este enigma se faz presente em uma andança desnordeada pela USP, quem lhe trará uma direção é o paciente. A partir disto é que se pode criar meios para avançar no tratamento em AT: contar com as direções e desorientações colocadas pelo paciente nas diversas situações que se esboçam.

Pensarmos no enquadre enquanto condizente com a desorientação enquanto algo que se diferencia da simples “confusão” – por mais que esta, também, faça parte do processo – é pensá-lo como aquele que dá a segurança de que aquele encontro chegará a um fim. Este enquadre garante a manutenção das reservas de vida do encontro terapêutico, garante a possibilidade de que a telepatia de que fala nossa paciente faça parte do processo. Possibilidade de distanciar-se do *pathos* e poder comunicar-se por ele, como sugere a própria semântica da palavra.

ORIGENS

A clínica viva do acompanhar

Talhar em um tecido compacto, amaciado, fibroso, um lugar, uma cena que é sempre mais ou menos trabalhada pelos entornos concretos, sempre recolocados em questão por aquilo que chamamos de algo da ordem da transferência, algo aparentemente estilhaçado, mas cujo fio deve vir dar nó no momento preciso.
(Oury, 2001, Prefácio)

Neste capítulo, apresento as inaugurais palavras sobre o caso clínico usado para fundamentar esta pesquisa, acompanhadas de questionamentos que esta escrita suscitou. Escolho situá-lo após uma vinheta já apresentada, justamente para que se possa pensar nos aspectos transferenciais vividos a partir de uma já realizada reflexão sobre a clínica do AT. Mais do que isso, a proposta de um movimento de escrita que leve em conta as origens do caso em posterioridade a uma inicial reflexão que se faz ponto de partida da pesquisa alude ao próprio movimento transferencial na psicose.

Trata-se de atendimento realizado em estágio supervisionado, parte de um curso de introdução ao AT, em parceria com alguns Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) e Centros de Convivência (Ceccos) da cidade de São Paulo. A paciente, aqui com o nome de Miriam, frequenta um CAPS há cinco anos, e chegou após uma internação psiquiátrica de alguns meses, tendo sido diagnosticado pelos médicos um surto psicótico. Chegara para tratamento em período integral: magra, o pescoço mal segurando a cabeça, a espinha dorsal encurvada, um corpo que esboçava um total fechamento de si ao mundo.

No CAPS, encontrou as brechas institucionais para permanecer *congelada*. O Acompanhamento Terapêutico foi-lhe indicado pela equipe por conta da cronicidade de seu estado e constante recusa em participar das atividades oferecidas em grupo. Miriam

apenas fazia o curso de fotografia, que acontecia fora. Parecia ter certo apreço pelo fora, característica que, imaginava a equipe, poderia favorecer o tratamento com um AT. Aprisionada, Miriam passava o dia no CAPS sentada na mesma cadeira ou andando em círculos repetidamente das 8 da manhã às 5 da tarde. Fazia o mesmo em sua casa.

Miriam tem 44 anos de idade e mora com os pais, bastante idosos. Sempre viveu com eles. No momento, vivia também na casa uma agregada da família, Maria, responsável pelos cuidados com os pais e com Miriam. Tem dois outros irmãos mais velhos do que ela. No início da adolescência, ambos os irmãos mudaram-se para a casa da tia, quando a situação financeira do pai não ia bem. Algo que se sobressai a respeito da saída da irmã é o fato de o pai ter sido muito rígido e autoritário, o que gerou desentendimentos que culminariam em sua mudança. Miriam, entretanto, continuou na casa dos pais. É descrita pela irmã - que apenas uma vez foi a uma reunião de família na instituição - como uma menina muito quieta, religiosa, recatada e tímida, tratada pelos pais como um *crystalzinho*.

Segundo o CAPS, Miriam cursou dois anos da faculdade de Letras. Durante a faculdade, tinha muita dificuldade em se relacionar com as pessoas. Quando largou o curso passou a ficar quase todo o tempo dentro de casa. Emagreceu e ficou bastante deprimida, até que um dia não quis mais levantar da cama. Dizia que tinha um marido deitado com ela, e que se ousasse se levantar, o marido morreria. Maria levou-a para um pronto-socorro quando Miriam, em episódio de extrema fúria e desorganização, quis colocar fogo na casa. Ficou três dias em observação, tendo sido encaminhada para um Hospital Psiquiátrico onde permaneceu por pouco menos de um mês. Ao término desse período estava muito abatida e mal cuidada, não tomava banho nem comia. Foi, então, encaminhada ao CAPS.

Ao chegar, fez regime para engordar e foi bastante incentivada a participar das oficinas terapêuticas. Com muita insistência, a equipe conseguiu que ela participasse do curso de fotografia. Apesar de resistente a qualquer tipo de participação grupal, estabelecia contato e interesse por tudo o que era concreto, aquilo que fazia parte do campo do fazer manual. Experimentou algumas vezes a oficina de bijuteria⁸. Também mantinha um gosto por arte e parecia ter muita cultura. Conhecia quadros, pintores, gostava de exposições, mas nunca ia a nenhuma. Foi por essa porta de entrada que pude me aproximar dela.

Adentrar seu mundo foi difícil. Durante os meses de aproximação, ela levantava-se da cadeira em que permanecia sentada no mesmo minuto em que eu sentava ao seu lado. O corpo frágil ameaçava-se com qualquer diferença de vibração no ar. Miriam punha-se a andar em círculos e eu, num esforço de manter-me como uma mínima referência, passava bom tempo sentada ao lado de sua cadeira vazia. Ela me via, *passava por mim*. Aos poucos, passei a acompanhá-la em seu andar, circulando, errante. Se tentasse falar, ela me cortava. Ser explicativa com ela era notadamente uma tentativa em vão: não surtia qualquer efeito em sua atitude. Mas meu corpo ao seu lado de alguma forma incidiria como algo novo, e é de se esperar que não fosse uma incisão violenta e intrusiva que a levasse a se fechar ainda mais. Sim, um mínimo de violência era necessário para que ela sáísse de sua repetição (fervor em contrapartida ao congelamento: como medir a temperatura ideal?). Mas a impressão de que minha mera presença ao seu lado era sentida por ela como grande intrusão fazia-me modular bastante a maneira e a intensidade com que eu deveria fazer esta primeira aproximação.

⁸ Muito tempo depois, Miriam revelou-me que não gostava da oficina de bijuteria, pois uma das participantes possuía o seu rosto: Miriam via seu rosto no rosto de outra mulher. Também me revelou sentimentos de inveja e de estar sendo invejada pelas outras participantes do grupo, o que a impedia de trabalhar suas manufaturas.

Aqui, já há amor. Se ainda não vi nela nada além de sua recusa⁹ em responder às minhas aproximações, há uma demanda de amor formulada: por mim. Houve a indicação da equipe, mas houve também uma escolha minha por acompanhar aquela paciente. Escolha que leva em conta um amor justo (Berlinck, 2008, p. 21), amor para cuidar de Eros que adoeceu pelo excesso. Amor que se faça reconhecer dentro dos parâmetros da neutralidade, já discutida como sendo sinônimo da abstinência – ou seja, a não invasão.

Algo de um campo comum já se esboçava, algo a que nomearemos mais adiante de *campo de amabilidade* (Zygouris, 1999). A equipe muito me ajudou no início. Em uma reunião decisiva, com Maria e a terapeuta que acompanhava Miriam nos cursos de fotografia, firmamos um primeiro *contrato* para que se iniciasse o AT. O contrato, moldado conforme o estágio era que estaríamos juntas por um ano, sendo possível prorrogá-lo, e nos encontraríamos no CAPS uma vez por semana, passando juntas um período de duas horas. Dentro desse contrato, poderíamos fazer qualquer saída, transitar lado a lado, por onde ela desejasse. Seria interessante que eu pudesse adentrar sua casa e estabelecer um mínimo contato com a família, uma vez que a equipe tivera muita dificuldade com isso. Essa possibilidade funcionou sempre como um norte. Um AT, neste tipo de situação, pode ser um facilitador para aproximar a família do tratamento do paciente.

A família de Miriam, no entanto, caracteriza-se pela desunião: os irmãos vivem em bairros distantes, os pais são muito idosos e a responsável pelos cuidados dela e dos pais é Maria, afilhada do pai. É com ela que tenho a única possibilidade de diálogo para além de minha paciente, possibilidade que limita o conhecimento da história que

⁹ Solicitado a ter uma relação, o esquizofrênico só pode fazer duas coisas: ou defender-se e ausentar-se, ser um símbolo vivo no meio de um real não-dialético, ou, ao contrário, ceder à solicitação que vem de nós e que é para ele a solicitação de ter um “eu”, de despertar nele a própria história que quis rejeitar. (Perrier, 1993, p. 268)

gostaria de remontar com ela, já que essa cuidadora desconhece o que se passou antigamente com a família e nada pôde dizer sobre a infância de Miriam.

Nos próximos dois anos de acompanhamento, foi possível ter acesso a fragmentos de sua história através de sua fala. O foco do acompanhamento foi o fortalecimento do vínculo que criamos pelos muitos encontros marcados no CAPS (referência do AT) com itinerários diversos: museus, cinemas, shoppings, parques e outros lugares que a levavam a entrar em conexão com a cidade e, a partir disto, com partes de seu passado que iam sendo revividas.

O recorte do caso do qual parte esta pesquisa refere-se a um momento específico de minha trajetória com esta paciente, momento em que, depois de seis meses após o final do estágio de AT (que durou desde o início de 2005 ao fim de 2007), ela me procurou para a retomada do acompanhamento. Nesse momento passei a atendê-la sem vínculo algum com a instituição, tendo feito um contrato com a família e com a paciente para um acompanhamento semanal.

* * *

Junho de 2008: depois de um período de silêncio, sem notícias, sem qualquer tipo de contato, ela volta a me procurar. Fico sabendo, inicialmente por sua técnica de referência do CAPS, que me telefonou: andam te procurando, mas sem sucesso em te encontrar. Estranho, pois meu telefone continua o mesmo há anos. Então faço um movimento, um ato inicial, ligo para sua casa. Falo com Maria, afilhada dos pais de Miriam e responsável por seus cuidados e tratamento, que solta um grito de alegria em reescutar meu alô. “A Miriam anda falando de você, morre de saudades dos passeios, das conversas, há meses fala disso”. E por que, então, não me ligou, pergunto-me.

As coisas pareciam continuar funcionando da maneira habitual: ela deixa que o desejo fale de alguma forma, mas elege, quase por procuração, alguém que seja seu porta-voz. E veicular o desejo do outro nem sempre é fácil. Penso em Maria, atrapalhada, por isso imaginei que um passo inicial meu seria importante, pois os murmúrios do desejo de Miriam haviam chegado a mim, de alguma forma.

O mês de julho está próximo, conversamos antes de minhas férias, as três, sobre refazer o contrato de AT. Refazer, não no sentido de retomar, mas de fazer de novo, agora diferente, por mais que obviamente estivéssemos em terreno seguro, pelo vínculo já bastante constituído entre nós pelos dois anos de trabalho já concluídos. Agora haveria um valor, pagamento, um contrato com a família, e não com a instituição. *O ponto de referência seria sua casa.* O CAPS, como algo além, com quem dialogaria e comporia uma rede de atenção a ela.

Firmamos, voltaríamos em agosto, para um Acompanhamento Terapêutico agora sem data de validade. Mais assustador, pois os pontos-limite teriam que estar sempre por perto, e agora não por uma convenção externa, mas como um registro implícito, aquilo que direcionaria o tratamento, impedindo o eterno. Miriam sempre tendeu a chamar-me para um vínculo totalizante com ela, fusional, sem terceiros, sem bordas, típico da psicose. As bordas então seriam o horário, o dia da semana, o pagamento (*setting*). São as referências externas, fundamentais em qualquer atendimento terapêutico. Mas havia um registro de adeus, que já havia tomado corpo, e isso parecia estar sendo de fundamental importância para que iniciássemos este AT. Ela parecia saber que não precisaria abandonar todo o resto de sua vida, o que fui percebendo, pois escutava com bem menos frequência seus protestos para ter alta do Caps e se tratar “só com AT”. Quando falava disso, era mais fácil questioná-la; ela parecia logo se dar conta da impossibilidade do que estava propondo. Em muitos encontros, contava-me do que

estava fazendo nos cursos do MAM, no curso de Pintura, falava dos passeios que às vezes fazia com a instituição e, inclusive, trazia para nossos encontros sugestões que havia escutado de lugares para irmos. Seriam os pontos de alívio ao medo da fusão e do eterno referidos.

Agora parecia mais central tratar Miriam em seu núcleo familiar. Este ponto é significativo, uma vez que o novo *contrato* estava firmado com sua família. Por mais que fosse Maria quem “administrava” este contrato, era o irmão de Miriam quem pagava os ATs. Enviava todo o mês o dinheiro para Maria, que entregava a Miriam para que o entregasse a mim. Vale dizer que a maneira com que esse dinheiro chegava a mim, vindo do irmão de Miriam que nunca aparecia, e passando necessariamente por Maria, simbolicamente dizia muito do que Miriam vivia em seu contexto familiar. Todos *passavam por ela*, como se não existisse. Parece que o lugar que ocupa na família serve, de alguma forma, para manter determinada organização familiar, que favorecia o pai enquanto figura onipotente e sedutora em relação às mulheres da família, algo que parecia funcionar da mesma forma com o irmão. Referências a esse irmão sempre foram feitas, tanto por Maria, que sempre justificava sua “omissão” do tratamento da irmã com a única frase que costumava pronunciar para defendê-lo: “ele é muito ocupado”, quanto por Miriam (das formas delirantes apaixonadas e odiosas que predominavam em sua fala quando era ele que estava em pauta). Nunca pude, de fato, encontrá-lo para uma conversa, mesmo depois de muitas tentativas de marcar encontros. Todas as tentativas foram frustradas; ele sempre recusou falar e ouvir qualquer coisa que concernisse a Miriam e inclusive pedia que eu não ligasse para ele pessoalmente, era Maria quem deveria “mediar” qualquer necessidade de contato entre nós.

A submissão ao irmão, a intrusão de Maria em sua vida, sua evidente falta de autonomia, falava de que espécie de laço familiar? A ideia de que a casa de Miriam,

enquanto “lugar” do AT, podia me ajudar a melhor compreender e inclusive intervir naquilo que sustentava os laços familiares daquela maneira, sempre me acompanhou. O que aquela casa guardava sobre a história de Miriam? Uma casa onde Miriam “flutuava” entre os cômodos, como se seu corpo não pudesse de forma alguma habitá-los.

Ao frequentar essa casa, estar lá uma vez por semana, ia me sentido mais a vontade para circular com ela por entre as pessoas que ali habitavam, pelos cômodos da casa com o ar parado, aquela atmosfera que já havia sentido outras vezes, de uma casa que parecia *congelada no tempo*. A decoração continuava antiga, os livros empilhados, os móveis no mesmo lugar. Mas pontuo aqui duas diferenças marcantes em relação ao atendimento que fazia antes: havia um hospital ali dentro. Sua mãe, depois do AVC, permanecia no quarto, há meses, ligada a aparelhos, com enfermeiros em plantão de 24 horas. No outro extremo, o filho recém-nascido de Maria e suas coisas coloridas de bebê espalhadas pela casa. Era a morte e o nascimento, duas forças ali dentro com as quais Miriam precisava lidar. A morte iminente dos pais, o nascimento de um filho, que para ela era estranho, não deveria estar ali.

Miriam continuava às voltas com sua angústia do sem-lugar: agora, com o bebê e os pais necessitados de cuidados constantes, ela parecia menos ainda ter existência na casa. Refugiava-se nos delírios com os maridos para proteger-se do silêncio que imperava entre ela e o pai, principalmente. O silêncio entre eles dava margem para um excesso de vozes em seu imaginário: o diabo estava solto pela casa, possuía o pai e ameaçava também possuí-la, levá-la junto para o inferno. Dizia a ela frases recheadas de negativas: você NÃO pode; você NÃO sabe; você NÃO é!

Miriam atormentava-se, e, por vezes, perguntava-me se eu estava ouvindo alguma coisa, ou enxergando algo diabólico nas feições de seu pai. Era necessário que

eu muitas vezes estivesse lá com minha própria percepção das coisas, meu ponto de vista, que eu estivesse ao seu lado enquanto *eu mesma*¹⁰ para poder barrar o terror que a invadia, terror sem nome. Por vezes, tratava-se de eu ser testemunha daquilo que ela dizia, escutando-a silenciosamente, sem questioná-la a ponto de lançá-la num vazio de significações. Mas dialogávamos, as contradições em sua fala eram explicitadas por mim. Sabia que esta paciente precisava de respostas que lhe reassegurassem sua própria existência. Quando ela pede minha percepção dos fatos, suponho que se trate do efeito de minha escuta, do vínculo que temos construído, das bordas que possibilitam a ela contornar o tamanho exército de significantes imperativos que a cerca. E, de fato, estou ali, ao seu lado, com meu corpo. Esta *disposição dos corpos* no AT se sublinha em relação à análise tradicional, em que o analista está com seu corpo atrás do divã. Abre-se aqui uma porta de investigação: estar em concreta presença, em sua casa, com sua família (clínica do fora). Quais os efeitos disso? Seria desta forma, afinal, que se pode tratar a psicose?

Estas questões têm aflorado em minha mente conforme venho percebendo a maneira como vem acontecendo o Acompanhamento Terapêutico. Tenho percebido em Miriam o pedido recorrente de que eu esteja com ela ao lado do pai e da mãe. Vamos juntas ao quarto em que a mãe se mantém internada e juntas fitamos seu corpo. É como se ela precisasse dos meus olhos (ou de meu corpo todo?) diante do horror que a aparência da mãe lhe causa. Indaga-se, parece, sobre o que esta aparência da mãe poderia causar em mim. Eu então a vejo na cama. Parece estar sumindo. Pequena, indefesa, em coma. A frequência com que este pedido tem se dado é grande, e tenho

¹⁰ Eu mesma em contraposição ao que Fédida [1992] se refere ao analista como aquele que ocupa um *sítio do estrangeiro*, que se reintroduz constantemente como terceiro imaginário. “poder-se ia afirmar que em certos tratamentos de pacientes-limite, a situação analítica aparentemente se refugia apenas na pessoa do analista. Isto significa que o analista não ocupa esta situação mas que permanece em condições – assim como Zoe Bertgang com Norbert Hanold (Gradiva) – de se manter a esta distancia, *ligeiramente ao lado mas jamais em simetria*, geradora de deslocamentos e transições. (p. 212; grifo meu)

percebido que está relacionado com a maneira que Miriam tem encontrado para suportar a vagarosa morte da mãe. Não é uma morte dessas em que o sujeito morre e é enterrado, sumindo de qualquer campo visual. Ao contrário, a mãe está semi morta, seu corpo está ali, em sua casa, no quarto ao lado, e respira. Como Miriam pode lidar com isso, com essa separação real que se impõe, recoberta de pensamentos delirantes que a aterrorizam? Ela me pergunta: Será que está com dor? Será que quer minha presença? E afirma: “olha como ela está bem com você aqui. Da mesma forma ocorre com meu irmão, ela fica bem quando ele está aqui. Mas comigo não é assim, ela não me suporta, não suporta o toque de minha mão sobre a dela, quando grita sei que é por minha causa”. Trata-se de uma alucinação de Miriam?

Através do meu próprio senso de realidade¹¹ (necessário para que não me entregasse completa à desorientação), vejo a mãe dela ali indiferenciada do resto do ambiente. Não responde de maneiras distintas a nada do mundo que incide sobre ela. Parece-me uma mulher-vegetal. Digo a Miriam que ela está com uma parte de seu cérebro sem funcionar, por isso não pode se comunicar.

Nota-se aqui, claramente, as variadas formas da minha percepção da realidade e a dela, evidenciando sua falta de registro simbólico, a distância que existe nela entre o que é da ordem do afeto e o que é da ordem da representação.

A que se deve sua recusa da realidade? Como Miriam pode representar-se a si mesma para poder, então, suportar esta separação?

Diversas vezes perguntava-me: Miriam recusaria a morte da mãe por tratar-se de uma ausência insuportável a ela, uma vez que a colocava indefesa diante do pai sedutor?

¹¹ (...) pouca discriminação entre realidade externa e interna é algo que o analista também experimenta ao estar em contato com pacientes em quem as fronteiras egóicas são muito frágeis. Muitas vezes o analista é chamado a exercer a função egóica do contato com a realidade e simultaneamente oferecer-se como alguém que considera plausíveis ou implausíveis as colocações do paciente, criando espaços e intervalos que possibilitam a constituição das fronteiras do ego. (Coelho Junior ; Getlinger, 2006)

Tratar-se-ia, para Miriam, de seu corpo ficar exposto ao pai-diabo, uma vez que o corpo da mãe, apesar de estar ali, não era mais a ele “desejável”? E como Miriam posicionava-se em relação ao próprio corpo enquanto passível de ser desejável?

Tais perguntas que ia formulando, guiavam-me para uma compreensão do caso, e, portanto, para a possibilidade de reconstruí-lo, de orientar-me através dele. Mas, naquela casa, havia forças que pareciam conduzir à desorientação. Tudo era estranhamente familiar.

O inquietante desorienta?

A verdadeira estranheza, se ela me vem do homem, me vem deste outro que seria o homem: somente ele então é o descentrado; o único a escapar ao círculo de visão ao qual se desdobra minha perspectiva, e isto não porque ele constituiria por sua vez o centro de um outro horizonte, mas porque ele não está direcionado para mim a partir de um horizonte que lhe seria próprio. O Outro: não somente ele não cabe no meu horizonte, mas ele mesmo é sem horizonte.
(Blanchot, 2001, p. 123)

Na nova tradução para o português das obras completas de Freud (1919), o texto antes nomeado “O estranho” ganha o título de “O Inquietante”. A mudança foi sugerida pelo fato deste termo, apesar da insuficiência de sua tradução, aproximar-se mais da tradução em outros idiomas: *Lo siniestro*, *Lo ominoso*, *Il perturbante*, *L’inquiétante étrangeté*, *The uncanny*.

Segundo o dicionário Michaelis de Língua portuguesa:

in.qui.e.tan.te

adj (de *inquietar*) **1** Que inquieta, que causa ou provoca inquietação. **2** Que tira o sossego.

in.qui.e.ta.ção

sf (lat *inquietatione*) **1** Falta de quietação, de sossego. **2** Estado de inquieto. **3** Agitação, excitação, sugestionabilidade e instabilidade geral do comportamento. *I. social, Sociol*: atividade coletiva a esmo, descoordenada, incoerente, acompanhada de emoções perturbadas e distorções de imaginação e mesmo de percepções, e que se origina em situação de desconforto, ações frustradas, impulsos reprimidos, incertezas, senso de mal-estar, por não servirem mais os hábitos e costumes anteriores para se enfrentarem com êxito as novas condições da vida. *Var: inquietamento, inquietude.*

A definição da palavra no dicionário remete o termo inquietante ao não habitual, aos comportamentos excêntricos, às neuroses e às loucuras.

Freud (1919), em seu texto, fala do inquietante enquanto aquilo que provoca angústia. Já no início, deixa clara a dialética que existe entre o estranho e o familiar também pela análise da palavra alemã *unheimlich*:

A palavra *heimlich* ostenta, entre suas várias nuances de significado, também uma na qual coincide com o seu oposto, *unheimlich*. O que é *heimlich* vem a ser *unheimlich* (...) Somos lembrados de que o termo *heimlich* não é unívoco, mas pertence a dois grupos de ideias que, não sendo opostos, são alheios um ao outro: o do que é familiar, aconchegado e o do que é escondido, mantido oculto (...) *Unheimlich* seria tudo o que deveria permanecer secreto, oculto, mas apareceu. (Freud, 2009[1919], p. 338)

A partir desta consideração inicial de Freud sobre o estranho, facilmente pode-se dar um passo para se pensar na inquietude própria que a psicose produz no terapeuta que dela se ocupa, inquietude muitas vezes próxima ao horror. O oculto está a céu aberto. A proposta é então, inicialmente, de pensar nos exemplos do inquietante que Freud narra nesse texto, exemplos que claramente poderão ser aludidos a muitas passagens presentes nas narrativas clínicas desta dissertação.

Freud destina o efeito do inquietante às situações nas quais há dúvidas entre o vivo e o inanimado em uma figura, por exemplo nas bonecas ou nos monstros que povoam as histórias infantis e os mitos (“O homem de areia”, Hoffmann, p. 342 apud

Freud). O Homem de Areia tinha o horripilante costume de arrancar fora os olhos das crianças¹², entendido por Freud como equivalente ao temor do menino de perder o pênis. O pai temido e a angústia de castração, portanto, também evocam o inquietante.

Freud traz para discussão o tema do duplo. O inquietante pode ser associado ao encontro com o duplo, ou seja, o sócia, o idêntico ao Eu, porém visto de fora. Nesta discussão, ele trata do duplo como necessário para a estruturação do Eu em um tempo primordial.

O duplo foi originalmente uma garantia contra o desaparecimento do Eu (...) Essas concepções surgiram no terreno do ilimitado amor a si próprio, do narcisismo primário, que domina tanto a vida psíquica da criança como a do homem primitivo, e com a superação dessa fase, o duplo tem seu sinal invertido: de garantia de sobrevivência passa a inquietante mensageiro da morte. (Freud, p. 352)

Na sequência, Freud não deixa de mencionar que no tempo do narcisismo primário, o Eu ainda não se delimitava nitidamente em relação ao mundo externo e aos outros (p. 354). Em outras palavras, faz alusão ao tempo em que não há recalque estruturante e que o inconsciente não se separa da consciência e, portanto, não existem fronteiras entre o mundo e o Eu. Aí estaria o inquietante, nessa vivência de um apagamento do recalque e do conseqüente devoramento pelo espelho (cf. Pankow, 1989). Freud ainda exemplifica a experiência do inquietante naquilo que ele chama de “repetição do mesmo” e de “onipotência do pensamento”, presentes em tipos de magia e superstições, nas quais não haveria, em suas palavras, “fronteira entre a fantasia e a realidade, quando nos vem ao encontro algo real que até então víamos como fantástico” (p. 364).

Por fim, Freud menciona a relação com a morte, experiência humana que carece de símbolos para ser representada com o intuito de amenizar ao máximo seu caráter

¹² Os olhos aludem à imagem (quando arrancados, não há mais como enxergar).

inquietante. Em nenhum outro âmbito, diz ele, nossos pensamentos e sentimentos mudaram tão pouco desde os primórdios, o arcaico foi tão bem conservado sob uma fina película, como em nossa relação com a morte (p. 361).

Se o inquietante se faz presente em tantas manifestações da vida cotidiana, como lidar com ele em sua manifestação mais crua: no encontro com a loucura? É justamente aqui que todas as evocações do inquietante parecem coincidir: a dúvida entre o vivo e o inanimado, o pai canibal, o encontro com o duplo como experiência aterrorizante, a experiência onipotente, mágica, telepática, a maciça repetição do mesmo e o inevitável encontro com a morte como um vazio assombroso, que alude à ameaça primordial de ser aniquilado completamente.

Anzieu (1988) comenta sobre a inquietante estranheza de Freud de forma a sublinhar a ameaça à individualidade por enfraquecimento do sentimento das fronteiras do *self* (p. 117). Uma das nove funções do Eu-pele, segundo ele, é a de assegurar a individuação do *self*, ou seja, a noção de unicidade. Anzieu introduz importância à pele enquanto aquela que “fornece ao aparelho psíquico as representações constitutivas do Eu e de suas principais funções” (p. 109).

Quando a fronteira exterior do Eu perde seu investimento, os objetos exteriores mesmo continuando a serem percebidos claramente pelo sujeito, e até a interessá-lo, são sentidos como estranhos, não familiares e mesmo irrealis (o que pode levar à perda do senso de realidade). (p. 108)

Apoiando-nos nessa citação de Anzieu, é possível pensar também no que Freud menciona sobre o “inquietante” enquanto atrelado a experiências muito primárias, portanto, quando não há claras delimitações entre eu e outro.

O inquietante experimentado pelo terapeuta diante da loucura teria, então, relação com a perda dos limites individuais. Há um manejo muito delicado no tratamento de psicóticos, manejo que permite a passagem *da confusão para a*

desorientação – onde, aí sim, existem limites individuais claros. Quando existem limites individuais, mesmo que pareçam estar apagados em alguns momentos, há lugar para o amor.

Zygouris propõe ao terapeuta que se empreenda em um deslocamento do campo do horror ao campo do amor. Seria a inquietude própria do estranho que aproxima o terapeuta do amor ao psicótico? Estar diante da desorientação causada pelo encontro com o estranho impele a que tipo de manejo transferencial - contratransferencial? Pois se a formulação anteriormente elaborada: *a circulação não garante o movimento*, o que então garante o movimentar dos afetos?

De Gradiva ao amor de transferência

Somos enamorados desse desconhecido do próprio tratamento, do desconhecido em nós mesmos, onde a resposta ao pedido de amor do paciente parece impedir a vinda do desconhecido.
(Fédida, 1988, p. 55)

Qual o lugar do amor no Acompanhamento Terapêutico? Amor como campo do afetivo¹³, do movimento e do reconhecimento do estranho. Diz Fédida (1988) “(...) o afeto se constitui pela nominação do outro” (p. 52) É fundamental aqui pensar que a tarefa principal que se coloca ao psicanalista é permitir que o afeto possa circular.

¹³ Os afetos passam por um translado que é *de contaminação e não mais de comunicação*. Circulação de informações para aquém das palavras, caminhos mais próximos das sequências indiscretas da prosódia e dos fluxos, que das unidades discretas da libguagem. Talvez seja hora de estudar mais atentamente os *caminhos da contaminação*, se quisermos entender certas manifestações transferenciais (Zygouris, 1999, p.75).

Em seu texto sobre a análise dos sonhos e delírios em *Gradiva*, Freud (1908) diz sobre o “poder curativo do amor contra um delírio” (p. 30). Nesse texto Freud faz uma rica análise do romance de Jensen. Resumido em breves linhas, o romance trata de um episódio na vida de Norbert Hanold, um jovem arqueólogo que descobre profunda e inexplicável atração por uma figura de baixo relevo de uma mulher que detinha postura graciosa do pé. *Gradiva* (“a que avança”) começa a aparecer em seus sonhos, influencia seu olhar a outras mulheres (ele atenta para a postura que as mulheres tinham ao caminhar) até que, certa manhã, ele crê vê-la andando na rua. Sua obsessão impele-o a realizar viagem até a Itália para visitar as ruínas de Pompéia, lugar da suposta origem de *Gradiva*. Durante a viagem, passa a encontrar-se com ela todos os dias ao meio-dia, julgando ser a moça (que se apresenta a ele como Zoé) fruto de sua alucinação. Seria ela um “fantasma do meio-dia” ou seria ele quem faria, a essa hora do dia, que o passado fosse revivido?

Se o desfecho da história acaba não sendo tão surpreendente como o seu desenrolar (a moça com quem se encontrava era na verdade sua vizinha, amiga de infância, e por quem Jensen sugere que fora apaixonado durante esse período), a análise feita por um Freud ainda criando sua teoria da repressão e da transferência é bastante rica para se pensar no amor de transferência no Acompanhamento Terapêutico.

Freud sugere dois pontos bastante relevantes. O primeiro deles diz respeito à *natureza do afeto “amor”*. Sua análise é simples e clara: *Gradiva* fora alguém por quem Norbert se apaixonara no passado e, com o passar do tempo, ele recalcou essa ligação erótica tão intensa. Aqui o delírio, assim como o sonho, são para Freud manifestações do reprimido, ou melhor, de uma tentativa de retorno do reprimido. “Em consequência desse sonho (o primeiro que Jensen nos relata sobre *Gradiva*), pela primeira vez em suas

fantasias sobre Gradiva, lamentou-a como alguém que tivesse sido perdido”. (Freud, 1908, p. 24).

Este trecho, no início do texto, já dá pistas do que Freud está querendo nos dizer: o sonho e o delírio de Norbert fazem reviver o passado, algo que ele perdeu e que permanece selado em seu inconsciente.

Gradiva era um ser de natureza corpórea problemática, já que estava “simultaneamente morto e vivo, embora só ao meio-dia” (p. 29). Gradiva era uma figura que parecia a Norbert atual, viva (Zoé significa vida), mas é mais tarde revelada como um amor infantil esquecido. Freud aqui fala claramente do amor como afeto ambíguo, atual e passado, afeto próprio do estranho (retomemos: o estranho, para Freud, é o oculto que aparece em sua inquietante e simultânea estranheza/familiaridade).

O segundo ponto importante que Freud nos sublinha é aquele que diz respeito à *terapêutica* empregada por Gradiva. Ela o encontrava em um momento exato do dia, e não revelou de início quem era. O despertar dos sentimentos (ponto fundamental de toda a modificação, como afirma Freud na página 82) vai se dando aos poucos e o reconhecimento do que se trata também. Gradiva entra no delírio de Norbert, dirige-lhe falas cobertas de ambiguidade. Era como se Gradiva estivesse ciente de que os afetos lhe eram dirigidos não por sua capacidade de sedução ou por sua beleza, mas porque ela ocupava um lugar paradoxal, familiar e desconhecido para Norbert, lugar do amor infantil. Ela não encarna o amor, mas o reconhece e movimenta-se junto com ele. Assim, Freud faz uma analogia da relação de Gradiva com Norbert com a própria situação analítica.

O processo de cura é realizado numa reincidência no amor, se no termo “amor” combinamos todos os diversos componentes do instinto sexual; tal reincidência é indispensável, pois os sintomas que provocaram a procura de um tratamento nada mais são do que precipitados de conflitos anteriores relacionados com a repressão ou o retorno do reprimido (...) o ponto

culminante da semelhança entre tratamentos desse tipo e o processo de cura descrito pelo autor de *Gradiva* está no fato de que também na psicoterapia analítica a paixão que ressurge, seja ódio ou amor, invariavelmente escolhe como objeto a figura do médico. (Freud, 1908, p. 82)

O amor recalçado que se reatualiza na transferência tem poder de cura? Qual sua natureza? Como se manifesta na relação com o psicótico, para quem, como discutimos, não há um recalque que estabeleça uma clara vivência de alteridade, de passado e presente como tempos distintos?

A começar pela discussão sobre o amor na situação psicanalítica, cabe citar Zygmund Freud: amor paradoxal, assim é o amor na análise – promessa de separação. Diferentemente do que ocorre em *Gradiva*, o analista não se transforma em amante após tendo sido reconhecida a transferência. Portanto, nada mais paradoxal do que este encontro entre dois estrangeiros fadado a um fim, encontro que carrega em si mesmo a potência de uma travessia. “Prometo que vou te amar e que te deixarei ir um dia...” É diante dessa espécie de amor que estamos em uma relação psicanalítica. Pode-se então perguntar sobre a natureza do amor de transferência e, como faz Freud em *Gradiva*, sobre seu poder de cura.

Macedo (2001), em texto que trata dessa discussão, faz algumas afirmações que são de grande valor de esclarecimento: a transferência trata do terreno em que se realiza a cura e que exige dois parceiros, duas posições distintas no espaço e um objeto comum – o inconsciente (p. 100). Pode-se, assim, falar de amor de transferência quando se justifica que ao se falar de transferência, pode-se falar de amor. Macedo propõe uma minuciosa análise da transferência a partir de dois textos básicos de Freud: “A dinâmica da transferência” (1912) e “Observações sobre o amor transferencial” (1915). Estes são textos que tratam a técnica analítica em consonância com a metapsicologia do amor, por

isso extremamente ricos e que só podem ser de fato analisados se pudermos falar a partir da clínica¹⁴.

A utilização do conceito de transferência por Freud muda toda a condução do tratamento psicanalítico, antes baseado na simples “tomada pela consciência do inconsciente reprimido”. Dir-se-ia que é a partir da “descoberta” por Freud desse fenômeno (as aspas chamam para o fato de não se tratar exatamente de uma descoberta, mas de uma constatação a partir de vivências clínicas de Freud) que a psicanálise existe como tal. É justamente na relação médico-paciente que podem se desdobrar as singularidades psíquicas de cada paciente; é ali que se remonta uma cena que se repete por sua infalível insatisfação em relação ao objeto que uma vez visou

Diz Freud, em “A dinâmica da transferência”:

Ora, nossas observações demonstraram que somente uma parte daqueles impulsos que determinam o curso de vida erótica passou por todo o processo de desenvolvimento psíquico. Esta parte está dirigida para realidade, acha-se à disposição da personalidade consciente e faz parte dela. A outra parte dos impulsos libidinais foi retida no curso do desenvolvimento; mantiveram-na afastada da personalidade consciente e da realidade, e, ou foi impedida de expansão ulterior, exceto na fantasia, ou permaneceu totalmente no inconsciente, de maneira que é desconhecida pela consciência da personalidade. *Se a necessidade que alguém tem de amar não é inteiramente satisfeita pela realidade, ele está fadado a aproximar-se de cada nova pessoa que encontra com ideias libidinais antecipadas.* (Freud, 1912, p. 111-112; grifo meu)

Freud aqui coloca claramente a questão do amor como uma questão transferencial. Se a realidade frustra e o sentimento amoroso tem raízes infantis (onde não existe tolerância à frustração), jamais haverá de fato satisfação plena da demanda de amor. É a demanda amorosa que é sempre transferida a cada nova pessoa.

¹⁴ Pressuposto básico da Psicopatologia Fundamental, como já abordado no item sobre o método.

Haveria então, para Freud, uma genuinidade do sentimento de amor? Pois ao falar de transferência no texto de 1915, “Observações sobre o amor transferencial”, Freud a concebe como um engano, uma vez que representa a singularidade e força dos sentimentos e afetos de um paciente com relação a um alguém sem que este seja, realmente, o objeto visado por tais afetos.

É na situação analítica que se pode examinar mais a fundo o que sustenta o sentimento amoroso. Este é sempre evocado ali, na situação analítica: por que a situação analítica o provoca ou por que a transferência é um fenômeno próprio do amor, e por isso, inevitável? Freud propõe a abstinência justamente a serviço da investigação das raízes que o sustentam.

É, portanto, tão desastroso para a análise que o anseio da paciente por amor seja satisfeito, quanto que seja suprimido. O caminho que o analista deve seguir não é nenhum destes; é um caminho para o qual não existe modelo na vida real. Ele tem de tomar cuidado para não se afastar do amor transferencial, repeli-lo ou torná-lo desagradável para a paciente; mas deve, de modo igualmente resoluto, recusar-lhe qualquer retribuição. Deve manter um firme domínio do amor transferencial, mas tratá-lo como algo irreal, como uma situação que se deve atravessar no tratamento e remontar às suas origens inconscientes. (Freud, 1915, p. 184)

Para Freud, o que parece estar em jogo aqui não é tanto o amor como uma abstração, como afeto próprio do paciente que é desencadeado na análise, mas a *participação do desejo do analista* nesse processo. O “firme domínio do amor transferencial” soa como paradoxal neste texto, já que pode tanto afirmar um *manejo técnico* quanto uma *formulação teórica resistencial* à ideia de que o desejo do analista precisa ser integrado na formulação da teoria sobre a transferência. Em um dado momento do texto de 1915, Freud questiona: “(...) podemos verdadeiramente dizer que o estado de enamoramento que se manifesta no tratamento analítico não é real?” (p. 185)

Respondendo essa questão, Freud parte de dois argumentos: o primeiro traz o amor de transferência não como criado pela resistência, mas como um sentimento que é *usado* pela resistência e intensificado por ela. O segundo traz a dimensão infantil do amor, esta sim sugerida por Freud como um amor *não genuíno*. “Ele (o amor) não exhibe uma só característica nova que se origine da situação atual, mas compõe-se inteiramente de repetições e cópias de reações anteriores” (p. 185). Aqui é possível propor que o caráter genuíno do amor seria justamente a “característica nova que se origina da situação atual“, e não aquilo que é repetido.

É verdade que o amor consiste em novas adições de antigas características e que ele repete reações infantis. Mas este é o caráter essencial de todo estado amoroso. Não existe estado deste tipo que não reproduza protótipos infantis. É precisamente desta determinação infantil que ele recebe seu caráter compulsivo, beirando, como o faz, o patológico. O amor transferencial possui talvez um grau menor de liberdade do que o amor que aparece na vida comum e é chamado de normal. (Freud, p. 185)

Haveria aqui também a sugestão de que os elementos da realidade são capazes de modificar antigos protótipos e que, portanto, o amor “comum” é que tem um grau maior de liberdade. Desta constatação podemos supor que o Acompanhamento Terapêutico, arraigado em um enquadre que leva em conta o “mundo comum”, possa alargar o campo de experimentação do amor para pacientes que sofrem de uma espécie de *impossibilidade de amar*. Ou, mais ainda, uma impossibilidade de apaixonar o outro. O acompanhante terapêutico é, sim, inserido em uma série formada pelo paciente, portanto chamado a participar dos protótipos que constituem o universo de relações desse paciente. E há a especificidade da transferência psicótica, que leva a inserção do

terapeuta em uma série de estranhamentos e desorientações, espelhando o que o próprio paciente vive (série da família em que se encontra não admitido simbolicamente¹⁵).

Se nos guiarmos por esta especificidade, chegaremos à conclusão de que o terapeuta experimentará, simbolicamente, o lugar de excluído das séries inconscientes produzidas pela família. Portanto, construir, junto ao paciente, campos de articulação (por exemplo, quando cito que entrava no quarto da mãe de Miriam e a ajudava a nomear afetos que ali estavam emergindo) é uma tarefa que no AT é facilitada; este *setting* arraigado no “mundo comum” permite que se atue de maneira a auxiliar o paciente a uma recolocação subjetiva e uma maior integração das partes simbolicamente abolidas. Sentido da simbolização.

Perrier (1992) acentua a importância do atual para o psicótico:

O terapeuta é o poeta de um mundo a recriar, ou, mais verossimilhanamente, a criar. Pois para o esquizofrenico, este mundo, que é nosso, sem duvidas jamais existiu autenticamente. É nisto que a terapia não é e não pode ser atualização transferencial de uma história a reordenar, mas *atualidade concreta a serviço de retrospectivas ainda virtuais*. Neste sentido, o doente não exuma sua própria história, ele cria uma. (Perrier, p. 275; grifo meu)

Cria-se então uma história no AT, e as lacunas do passado, esquecidas, abolidas da história, fazem desta atualidade do encontro at-paciente confusa, beirando muitas vezes a simbiose. A desorientação é um efeito contratransferencial da operação do mecanismo da cisão e da recusa, da distância entre afeto e representação. Os sentimentos que o terapeuta experimenta são, pois, de grande importância para que se

¹⁵ Cf. Penot, Figuras da Recusa: Penot (1992) nomeia de *figuras de não admissão familiar* aquilo que permanece sustentar incompatibilidades entre os dados de herança de um conjunto familiar, inviabilizando que haja a possibilidade ao sujeito de integrar-se dentro de um discurso (mito) familiar. Penot concebe o mito familiar como condição primordial para a ligação intrapsíquica em um sujeito, e em famílias onde se opera a **recusa**, ou seja, a **não admissão simbólica de um traço da história da família** (geralmente um traço que se constituiu traumático), o sujeito psicótico manifesta em sintoma justamente aquele dado básico que não consegue articular em si mesmo.

construa um vínculo. É menos a repetição que se valoriza, e mais aquilo que se cria, o que se faz inédito – e a abertura do terapeuta à essa desorientação, sua tentativa de compreendê-la são cruciais para isso.

Zygouris questiona, inclusive, a pertinência do termo transferência para designar a relação afetiva entre paciente e analista, apontando que o uso desse termo soaria como uma valorização da repetição em detrimento da produção de algo novo. Sugere, em vez do termo *relação de objeto*, o termo *campo de amabilidade*. Campo enquanto aquilo que engloba mais de dois: abarca os múltiplos traços da presença de cada um nesse encontro, tentando alargar-se em relação ao paradigma sujeito-objeto.

No tratamento analítico a presença do analista, por intermédio da transferência, permite que nesse espaço dual se desdobre e se reorganize aquilo que estava ou dobrado ou jogado no acaso bagunçado da vida. Essa dupla não leva em conta o múltiplo, ainda que todo o analista saiba que em certas sessões, além desses dois visíveis, uma verdadeira multidão está presente. (...) Existe um pulsional ao mesmo tempo erótico e mortífero que tanto engloba seqüências mais amplas, territórios reais ou virtuais atravessados por fluxos eróticos, quanto existem territórios que uma estase mortífera imobiliza e subtrai à dinâmica da vida psíquica e somática. (Zygouris, 1999, p. 8-9)

O uso do termo *campo de amabilidade*, como sugere Zygouris, de fato valoriza o encontro presente. O Acompanhamento Terapêutico cria um campo que possibilita novas e concretas ligações com o mundo, tornando possível uma reinvenção do cotidiano desta paciente.

Em se tratando de casos de psicose, nos quais não há recalque e o que Freud chama de “amor infantil” aparece muitas vezes como uma alucinação, algo que é reconhecido como vindo de fora, munido de formatos canibalescos e assustadores, o que se inaugura no encontro ganha ainda mais razão para ser valorizado.

Se há dificuldades do psicótico do lado do amor, o que dirá em relação à sustentação de um laço transferencial? (...) a transferência se

localiza primordialmente do lado do Outro e não do sujeito. A erotomania e a perseguição são, por isso, riscos concretos no horizonte desse tipo de tratamento. O sujeito não vive a paixão enquanto agente e pode ser, portanto, amado, traído ou odiado por aquele que aceitar se colocar no lugar do Outro. As virtualidades mortíferas do amor se concretizam, então, em três riscos: a destruição da paixão, do sujeito ou de seu objeto. (Muñoz, 2010, p. 89)

É valioso pensar que o terapeuta caminha sempre em direção à separação, mesmo que valorizando constantemente a ligação: ligação não mortífera. Quando há, para Miriam, a possibilidade de vivência de um aniquilamento pelo Outro, sabemos que a acompanhante precisa se colocar na transferência a partir da própria falta (ou seja, não encarnar o Outro). Mostrar-se como faltoso o desloca da posição de uma exagerada assimetria e abre caminhos à orientação. Viver ao lado dela as frustrações daquele momento auxilia no estabelecimento de – se não um amor – uma possível amizade. Muñoz (2010) fala a partir da perspectiva lacaniana sobre o fracasso do amor no paciente psicótico, mas propõe um tipo de laço transferencial pela amizade

O laço transferencial deve preservar na psicose a manutenção de uma certa distância em sua estruturação de modo a não invadir o sujeito e minimizar uma possível mortificação. Esvaziar o Outro é uma tarefa que pode ser sustentada pela construção – apesar do fracasso do amor – de uma amizade de transferência (Muñoz, p. 90)

A amizade, segundo Muñoz, é um tipo de ligação que não conduz à invasão. Haveria uma política na amizade, uma política da distância em consonância com a proximidade, o que torna possível a alteridade. Há um valor na presença próxima de um outro, no compartilhar das experiências, no caminhar juntos.

Rossi (2007) retoma o texto de Aristóteles sobre a amizade (Ilíada), sublinhando um trecho em que diz que “(...) os dois que caminham juntos se fazem mais poderosos” (p. 109). O autor pontua que dessa perspectiva está priorizada a simetria, a relação entre semelhantes, o que os faz mais poderosos. E ainda coloca que, na situação do AT,

quando há pelo acompanhante um distanciamento muito grande da possibilidade de simetria e uma colagem na posição autoritária, muito assimétrica, “(...) perde-se a possibilidade de algum tipo de medida comum com aquele que o acompanha, obstacularizando-se o vínculo, até se chegar, em alguns casos, a impedir o trabalho” (p. 109). Porém, a confusão pelo acompanhante no que concerne ao seu papel e a identificação com o lugar de amigo lhe trará sérios obstáculos. Há, pois, uma medida, que Rossi (2007) propõe como *uma proximidade*, em vez de uma semelhança.

Si la técnica analítica deriva de la necesidad de una oreja, el acompañante también dará lugar a esa necesidad, pero su respuesta será distinta a la del analista, ya que deriva además de la necesidad de una presencia cercana, en ciertos momentos y lugares, y de una necesidad de intervención en la cotidianidad (...) Lo complejo reside entonces en cómo adecuar esa simetria cuando la relación de semejante a semejante está en el centro de la escena del AT (...) debe regular una distancia que permita guardar alguna semejanza: en forma artesanal, en cada AT. (Rossi, p. 113)

Podemos falar tanto em transferência, campo de amabilidade, elasticidade da técnica, proximidade artesanal. Há diversas propostas de inovações técnicas e nomeações para isso desde Freud e Ferenczi até psicanalistas e acompanhantes terapêuticos dispostos a falar sobre este complexo vínculo construído no AT que é pautado, primordialmente, pela ética da psicanálise. Levar em conta o *afeto* vem sendo sustentado aqui como primordial, não só para o estabelecimento de um vínculo, para o reconhecimento do que é estranho, como para criar-se um *setting* de trabalho a partir da desorientação. Encontrar representações mundanas para o afeto é o que possibilita, enfim, que haja um enquadre e um corpo recortado do resto do mundo.

CORPO

Miriam e seu corpo

Uma forma contorna o caos, uma forma dá construção à substância amorfa – a visão de uma carne infinita é a visão dos loucos, mas se eu cortar a carne em pedaços e distribuí-los pelos dias e pelas fomes- então ela não será mais a perdição e a loucura: será de novo a vida humanizada.
(Lispector, 2009, p.12)

Esta narrativa é fruto de um encontro escolhido aleatoriamente, e trata daquilo que começou a ganhar evidência a partir dele: a experiência da paciente com relação à própria imagem.

“Que corpo na psicose?”

Miriam tem mostrado um traço de preocupação com o próprio corpo. Matriculou-se, após diversas insistências de Maria, na academia. Vão juntas, as duas, e cada uma faz a ginástica em seu ritmo. Miriam conta que anda na esteira durante vinte minutos, que devem somar inúmeras pernadas. Miriam possui pernas enormes. Tem silhueta comprida, é branca e magra. Tem uma notável flacidez no abdômen, que varia entre o grande e o pequeno, muitas vezes dando a nítida impressão de que está grávida. Em seu delírio, ela conta 22 filhos, frutos de sua união com seus vários maridos. Todos agora estão soltos no mundo e, como ela, procuram um lar. Caminham e caminham como ela. Miriam caminha em círculos no Caps, caminha em círculos pela sua casa, enquanto fala a si mesma. Quando perguntam se fala sozinha, não responde. A mim, ela explica que os pais se comunicam com ela por telepatia, e ela precisa falar e andar ao mesmo tempo, pois são muito intensas as suas vivências nessas conversas “por pensamento”. A energia que culmina em seu corpo a coloca em movimento: um caminhar sem rumo, sem ponto de partida e sem ponto de chegada.

Agora encontrou um caminhar retilíneo na esteira da academia. Cansa-se logo. Pergunta-me, quando eu chego à sua casa: “Estou menos gorda?” E reclama: “Vou fazer ginástica e volto com dor no corpo. Cada vez mais sinto que minhas pernas vão ceder, e que eu posso cair a qualquer instante”. De fato, as pernas são finas demais, o abdômen grande demais, os ombros estreitos demais. Mas seu treinador da academia lhe garantiu que com mais exercícios, suas pernas vão se fortalecer. Ela tem fé.

Miriam sente-se bamba. Pode simplesmente cair das alturas. Seu habitar pelo próprio corpo é tarefa árdua. Come muito e compulsivamente; será que para dar conta do imenso abismo que constitui seu ser? Sente-se frágil, cansada, não sabe se vai aguentar a ginástica. Compara-se a Maria, que é tão mais forte, tão mais astuta, cheia de energia. Quando me vê, quer sentar-se e falar. Suas andanças errantes cessam quando há lugar para sua fala. De repente, parece poder habitar seu corpo. Mostra suas roupas, mostra-se para mim, as unhas, o novo corte de cabelo. Há uma imagem diante de meus olhos. E eu não deixo nunca de dizer o que vejo. Digo quando acho que está com as roupas descombinadas, quando precisa refazer as unhas, quando está mais gorda ou menos gorda. E por diversas vezes digo-lhe que está linda. Ela abre sorrisos largos, de alguém que finalmente sente que sua imagem é reconhecida por olhos alheios. Meu corpo, no caso, parece ter efeito marcante, não só como aquilo em que ela possa se espelhar, mas como fundamento próprio da experiência terapêutica: corpo que lhe (me) dá contornos e referências, morada da percepção que tenho dela.

Certo dia, caminhando pela avenida Paulista, passa um rapaz e elogia seus cabelos. Ela enrubesce. Naquele dia, não eram somente os cabelos – que ela havia cortado no salão recentemente – mas toda uma libidinização de seu corpo que estava em evidência. Caminha com mais postura, olhando o que há ao seu redor. Parece estar mais a par de seus próprios contornos.

Miriam parece poder juntar seus pedaços. Começa a falar uma fala despedaçada que vou tentando ajudar a unir. O pai, o marido, o irmão, Deus e o diabo misturam-se. Não mais especifica; diz ELE, e eu ainda tento com ela diferenciar: qual ele?

Miriam vive intenso despedaçamento de si quando fala desse Outro que é capaz de tudo. ELE aniquila sua singularidade, seu ser. Ela torna-se etérea. Quem é ela? Volátil. Não consegue falar de nada com um senso de continuidade; os momentos estão desconexos, ela espalha-se e fica perdida no tempo e no espaço: é tudo culpa DELE, que lhe rouba a memória, que lhe rouba o dinheiro, que lhe rouba a capacidade de falar, sua unicidade. Miriam por muitas vezes refere-se a ela mesma como uma menina tão tímida e tão recatada, que é incapaz de se fazer entender pelos outros. “Culpa DELE, aquele pai que me adotou e me afogou em traumas”. Ao pai dito “verdadeiro”, ela refere-se como um estrangeiro, alguém que um dia a amou muito, mas que não podia curá-la do mal com que tinha vindo ao mundo. Deu-a, pequena, a este pai, José, (o pai que eu vejo em sua casa) a quem ela se refere por pai adotivo, pai-DIABO. Um pai que supostamente deveria ter podido ajudá-la, mas que a encheu com mais e mais traumas. Quando lhe pergunto que traumas são esses, não sabe dizer. Penso que talvez se trate justamente disto: *o não saber dizer sobre si*.

Miriam sempre falou de sua infância, de suas viagens com os pais, da amiga que tinha na escola e do momento em que entrou na faculdade. Uma história aparentemente esquecida, difícil de ser reconstruída, mas uma história que quando colocada em perspectiva pode nos orientar. Uma Miriam que um dia existiu? Pois depois da faculdade, não há mais nada. Os próximos vinte anos de sua vida parecem vazios, sem história, sem desejo, sem relacionamento algum. Fala do horror que foi estar internada em um hospital psiquiátrico após o surto; fala do psiquiatra que a tratou e que também não conseguiu livrá-la de seus traumas. Mas o que se sobressai são flashes, momentos

isolados, reuniões de família que aconteceram em algum tempo, não sei bem qual (a temporalidade psicótica é caracteristicamente randômica¹⁶). Quando se põe a falar, fixada em um desses flashes, o rosto expressa raiva, a face enrubesce, ela diz ter vontade de matar a irmã e o irmão que lhe roubaram o lugar que uma vez lhe pertenceu. Alucina seu rosto no rosto da irmã e aterroriza-se. O marido da irmã é também marido dela, a mulher do irmão não gosta dela, possui o irmão, ela não tem espaço com ele. Essa cunhada foi quem doou um computador de sua casa para a casa de Miriam e seus pais. Quando liga o computador, Miriam depara-se com o nome da cunhada, diz que as vozes vêm imediatamente falar com ela. Por mais que eu tenha dito que ela pode *colocar o seu nome*, não o faz. E se recusa a usar o computador.

Miriam simplesmente não pode se conceber se não tem um lugar no Outro. Não pode conceber ser esquecida, pois isso significa não ter existência para o outro, o que para ela é o mesmo que *não ter existência*. Mas vem a raiva de não ter lugar, ela reage, xinga, grita, chora. E eu permaneço silenciosa, solidária à sua dor.

No ódio, ela existe.

Tem ódio do pai e de sua dupla vida. Miriam se diz totalmente certa de que o pai é homossexual. Veste-se de mulher, tem casos com outros homens sem que a mãe saiba, e não só deslumbra-se com essa vida sexual “indecente” (segundo a própria Miriam), como conta os detalhes de suas aventuras para a filha. Ele diz a ela para ter relações homossexuais também. Manda nela. Ela fica estarecida, e com feições de quem não pode tolerar tais pensamentos; diz ter absoluto nojo do pai. Relaciona a homossexualidade à AIDS. Iguala uma relação lésbica à morte. Não há nenhum discurso racional que a leve a mudar de ideia. Relacionar-se com alguém do mesmo

¹⁶ A articulação entre a imagem do corpo e a dimensão histórica faz pensar a questão da aniquilação do tempo na experiência psicótica. (cf. Pankow, p. 27)

sexo é, para ela, decididamente o caminho que leva a sucumbir na epidemia aidética e morrer.

As vozes diabólicas a insultam, sua sexualidade se impõe e ela drasticamente se esquiva, em um movimento defensivo à submissão na qual se sente estancada. Ela se diz submissa a esse perseguidor, ele está em sua cabeça, está conosco em nossos passeios, dentro das exposições de arte, do cinema. Quando Miriam não suporta, pede ajuda a mim. Conta-me o que lhe dizem. Pergunta-me se também não ouço. Pergunta-me se vão levá-la ao hospício. Nesse momento mais uma vez, sirvo de contorno para sua angústia: “NÃO, ninguém vai te levar ao hospício!” Ela alivia-se. Quando há a possibilidade da perseguição ceder, seja comigo junto, seja por ela mesma, Miriam alivia-se. E ri. Rimos juntas, ela faz piadas, faz-se engraçada.

No riso, ela existe.”

A cisão e a recusa na metapsicologia da imagem do Eu

Propõe-se, neste momento, uma aproximação com a metapsicologia freudiana a respeito da cisão egoica e da renegação da realidade para que se siga pensando, a partir de outras propostas de psicanalistas, o corpo e transferência psicótica. Tais mecanismos são parâmetros fundamentais para a teorização da psicose.

No final de sua vida, Freud escreve um artigo que permaneceu inacabado. Trata-se de um tema bastante relevante para a melhor compreensão da questão do corpo e da perda da realidade na psicose. “A cisão do Eu no processo de defesa”, de 1938, trata das conseqüências, para o Ego, ocorridas em função da operação do mecanismo da recusa na economia libidinal do sujeito. Freud já vinha falando, na década anterior, sobre outros transtornos psíquicos que não as neuroses clássicas. Abre caminho para uma

discussão mais aprofundada a respeito das psicoses e das perversões, assinalando possíveis mecanismos de defesa que não o recalque e a inevitável formação do sintoma. Também questiona o fato da transferência tratar-se apenas de uma “neurose artificial” produzida na relação analista-paciente, tornando visível o automatismo da repetição.

Desde “Além do princípio do prazer” (1920), que assinala a compulsão à repetição enquanto expressão clara da pulsão de morte (noção que inaugura toda uma gama de reflexões acerca da economia psíquica, pois considera um aquém da sexualidade) passa por importantes bifurcações teóricas. Em “O eu e o id” de 1923 expõe a segunda tópica, e os seguintes “Neurose e psicose” e a “Perda da realidade na neurose e na psicose”, ambos de 1924, além de “A negativa” (1925) e “Fetichismo” (1927), trata mais aprofundadamente do mecanismo da renegação. É em “O eu e o id” que Freud dirá a célebre frase: “O Eu é, sobretudo, um Eu corporal, mas ele não é somente um ente de superfície: é também, ele mesmo, a projeção de uma superfície” (p. 38).

Em nota de rodapé no texto de 1938b, diz-se do termo renegação:

Verleugnen, “renegar”; Alt: recusar a realidade, denegar, desmentir, negar; Conot: mantém a ambigüidade do desmentir (não se sabe se o desmentido restabelece uma verdade ou instala uma mentira), bem como a ambigüidade de “renegar” (em geral, renega-se algo que já foi aceito anteriormente). Obs 1: o emprego do termo por Freud oscila entre três sentidos: 1) como mecanismo de defesa acessório da neurose e voltado a não tomar conhecimento de representações externas (percepções de imagens), cujo conteúdo, potencialmente, rebate-se com conteúdos internos recalcados; portanto representações capazes de reativar pulsões recalçadas; 2) como mecanismo que deixa de ser acessório e se torna prevalente no fetichismo; também nesse sentido é usado para designar mecanismo de defesa quando o sujeito se recusa a tomar conhecimento da percepção da ausência do pênis na mãe, isto é, como recusa da realidade da castração (...); 3) como defesa da psicose (“A perda da realidade na neurose e na psicose”p. 128) . (Hanns, 2007, p. 178, T.3).

Apesar de não estarmos abordando a questão fetichista ou a questão da renegação enquanto mecanismo acessório da neurose, pode ser interessante pensarmos no mecanismo de renegação tal como Freud o usa de maneira geral. Renegar, *strictu sensu*, significa não poder aceitar algo que já foi reconhecido anteriormente, e esse algo para Freud é a castração.

No texto (1938b), Freud descreve a clássica situação de ameaça da castração, pedindo para que imaginemos uma criança cujo Eu se encontrava a serviço de uma exigência pulsional imperiosa em uma situação de ameaça de um perigo real que a coloca em xeque: ela deve renunciar à satisfação pulsional completa a fim de reconhecer o perigo (que se impõe como quase insuportável) e não se arriscar a enfrentá-lo (p. 173). A ameaça real clássica é a da possível perda do pênis que o menino vivencia quando um adulto ameaça cortá-lo. Importante acentuar que ele vive essa ameaça como traumática quando se depara com a visão do órgão genital feminino, suposto “órgão já castrado”.

Pelo mecanismo da renegação, a criança consegue, segundo Freud (1938), uma solução bastante engenhosa – ambas as partes em disputa recebem seu quinhão: a satisfação almejada da pulsão e o reconhecimento da realidade. Ao responder ao conflito com duas reações opostas, por meio da renegação, o que se está ameaçado é o Ego. A tessitura do Eu é alterada e o ego então se cinde.

Penot (1992), ao tratar do tema da recusa, explica que esta, diferentemente do recalque (que faz retornar o sentido inconsciente através do sintoma), consiste em uma total abolição de sentido, atribuindo não existência ao que está no próprio jogo simbólico (p. 20). Referindo-se ao artigo de Freud sobre o Homem dos Lobos, Penot diz:

Freud mostra como a manutenção duradoura da posição de recusa referente à ausência do pênis (na mulher) pode levar a uma vacilação dos

referencias da realidade: não apenas na suspensão temporal do “*déjà vu*”, mas, sobretudo através da experiência alucinatória propriamente dita, com sua aura de estranheza indizível. Deste modo, é lógico postular que uma recusa desta ordem constitui a própria base da posição psicótica (p.20).

Para Freud, a recusa é sempre recusa da realidade. Penot explica que o elemento perturbador, em relação ao qual se estabelece em termos de recusa, depende, pois, à primeira vista, do registro da realidade exterior, mas este se encontrará afetado por uma *recusa da existência psíquica* (p. 15) Em “A perda da realidade na neurose e na psicose”, Freud se refere à realidade enquanto realidade exterior. Para que se mantenha a satisfação pulsional almejada e não se tenha que lidar com a castração, o psicótico rejeita a realidade. Haveria duas fases na psicose:

Primeiro, o Eu seria arrastado para longe da realidade e, em seguida, para reparar o dano, restabelecer-se-ia, então, uma nova relação com a realidade à custa do Id. (...) A segunda fase da psicose realmente tem a intenção de contrabalançar a perda da realidade, mas não à custa de uma restrição do Id, e sim à custa do relacionamento com a realidade. Contudo, a via utilizada é bem diversa daquela da neurose. Na psicose, manifesta-se uma onipotência, que reside na criação de uma nova realidade que não mais cause o mesmo impacto que a realidade abandonada causava. (...) A neurose não renega a realidade, ela somente não quer tomar conhecimento dela; a psicose renega-a e procura substituí-la (Freud, 1924, p. 128-129)

Freud, nesse artigo, indaga a respeito da diferença entre a neurose e a psicose pontuando que a perda da realidade na psicose seria primária. A sintomatologia psicótica tratar-se-ia de uma tentativa empreendida pelo ego para refazer o seu contato com a realidade, retomar vínculos perdidos com objetos, ou, como descreve Penot, “(...) uma exigência fundamental de restituição de uma realidade anterior” (p. 144). Se o texto de 1924 por um lado evoca a perda da realidade como a falha segundo a qual haverá que se construir um remendo, uma neorrealidade delirante, por outro, atribui

claro valor ao delírio psicótico, uma vez que este virá em decorrência de experiências reais vividas anteriormente.

No texto sobre a Cisão do Eu, o termo realidade ganha conotação de realidade da castração. Neste sentido, retomando esse texto, problematizo aqui a vivência de um Eu cindido diretamente correlacionada à da perda da realidade. A cisão do Eu, no texto de 1938, aparece como um processo (paradoxal) de autodefesa do ego, o que faz questionar então se Freud trata a recusa como uma categoria de “defesa do ego”. Segundo Penot (1992), as diferentes formas de recusa são todas tentativas imperfeitas de desligar o ego da realidade. Porém, para Freud não se trata tanto de considerar a recusa como recusa DE alguma coisa, mas, pelo contrário, de uma rejeição ENTRE duas partes clivadas do ego (p. 24). Em outras palavras, estamos aqui falando de pacientes que carecem de ligações entre dois registros psíquicos, em que não há capacidade de articulação entre partes que, por consequência, serão vividas como essencialmente *estranhas*.

Conforme as narrativas clínicas aqui presentes, o que se sobrepõe é a vivência corporal que a paciente tem, a maneira como pode habitar o próprio corpo (e em extensão a ele, a própria casa), a maneira como percebe o corpo da mãe doente. De certa forma, é em relação à realidade do corpo que a paciente sofre distorções. É a realidade do corpo enquanto aquele que carrega uma interioridade e uma história que é perdida. Melhor dizendo, *não há história possível se não há articulação entre partes*. Daí decorre a excentricidade da sintomatologia da paciente em questão (suas alucinações, seu movimento errante e repetitivo, a vivência de uma espécie de congelamento do tempo).

Poder-se-ia perguntar aqui: haveria algo que já fora reconhecido antes? Em outras palavras: haveria o funcionamento, em alguma instância, do mecanismo de

renegação – recusa na família? Se renegar consiste em que se deixe de reconhecer algo que já fora aceito outrora, pode-se pensar na própria paciente em questão: quem a renega enquanto ela-mesma? Em que momento ela fora aceita por esse outro que, supostamente aqui, recusou-a (inconscientemente) em um momento ulterior? Há uma problemática de renegação na própria gênese do delírio da paciente, ou seja, uma recusa anterior à entrada em cena de nossa paciente em sua história familiar?¹⁷ Há indícios, principalmente quando se escuta seu delírio, de que esse mecanismo possa estar operando há muito tempo nessa família, mas não há dados reais sobre a história familiar que possibilitem um aprofundamento da pesquisa neste aspecto. Pensemos no pai severo (como apontado também pela irmã) e nas vivências que Miriam tem com o pai vestido de diabo em seus delírios. Pensemos em seu discurso fragmentado em que perduram momentos não conectados entre si, pensemos no corpo enrijecido, no congelamento do tempo na casa. Com a noção de clivagem/cisão melhor aprofundadas, é possível partir para a discussão, com a ajuda de outros autores, sobre a sintomatologia psicótica com relação à problemática da imagem.

Em relação à questão do reconhecimento do sujeito e de seu rumo à vivência de alteridade, Ogden (2003) nos traz a noção de “eu-dade”, termo utilizado para explicar a fenomenologia da experiência do ser, a possibilidade da vivência subjetiva. Essa eu-dade comporta um movimento dialético de presença-ausência, consciente-inconsciente, concernente à própria noção de sujeito implícita tanto na obra de Freud como na de

¹⁷ Haveria dois grandes casos das figuras de não admissão familiar, segundo Penot (1992) : casos em que “a recusa de valor e de sentido dispõe-se ao redor de uma linha de clivagem que se poderia dizer vertical, entre as diferentes linhagens paterna e materna (p. 124)” – não haveria admissão, por parte de um dos genitores, do valor simbólico da linhagem do outro, marca esta que fica presa de um lado só, inacessível. Também há “um segundo caso de figura de não admissão familiar que pode ser qualificado de horizontal, quando a clivagem que dela resulta se manifesta, sobretudo, entre as gerações. Trata-se de pais que se encontram envolvidos numa mesma captura imaginária, na maioria das vezes dolorosa (por exemplo, avós de ambos passaram pelo campo de concentração) e, fundidos nesta vida fantasmática, excluem a geração seguinte. Ao indivíduo fruto da união deste casal não restará outra opção que não a de ser “coisificado, na fixação de um papel previamente concebido, estritamente alienado em um pensamento anterior, em relação ao qual não lhe fornecem meios para se posicionar (p125)”.

Winnicott. “A presença é continuamente negada por aquilo que não está, embora aluda o tempo todo àquilo que falta em si mesma. Aquilo que está ausente está sempre presente na falta que presentifica” (Ogden, 2003, p. 17).

A experiência de reconhecimento da própria eu-dade está atrelada, segundo Ogden (2003), à vivência da relação especular. Ele utiliza Winnicott como um autor privilegiado para teorizar sobre o tema. Explica que Winnicott entende a experiência de espelhamento do bebê na mãe, não como uma relação de identidade, mas de relativa semelhança e, portanto, de relativa diferença.

No seu papel de espelho, a mãe (por meio de seu reconhecimento e identificação com o estado interno do bebê) permite que o bebê se veja como um Outro. Por meio da experiência de se ver fora de si mesmo (na mãe/Outro especular), essa faceta de percepção da diferença por parte do bebê não é predominantemente uma percepção da diferença entre mim e não-mim (isto é, a diferença entre *self* e objeto), mas uma vivência de diferença entre eu e mim (isto é, a diferença entre *self*-como-sujeito e *self*-como-objeto). (Ogden, p. 48)

Ogden explica que a constituição do sujeito em Winnicott se dá desde a vivência pelo bebê da mãe-como-ambiente (*holding*) até uma forma mais madura de se relacionar com a ausência materna através de um espaço que haveria *entre* mãe e bebê (transicional). O ser da mãe é vivido simultaneamente como extensão de seu próprio corpo e como outro com respeito a ele. A participação da subjetividade da mãe é essencial para que o bebê se constitua sujeito. Esta participação diz respeito à dialética de unicidade e separação, o que leva Ogden a postular que a constituição do sujeito se dá em um espaço *intersubjetivo*.

Notemos que esta discussão sobre aquilo que está *entre dois* já apareceu neste trabalho: em Kuras de Mauer e Resnisky, em Zygouris, em Coelho Junior e na discussão sobre o *setting* no AT. A relação intersubjetiva é marcada pela dialética, ou seja, pela presença e ausência operando de formas simultâneas. A experiência psicótica

é resultado da falha nessa relação dialética. O efeito desorientador que toma corpo no encontro está atrelado a essa falha na relação intersubjetiva.

Gisela Pankow (1989) também traz sua contribuição para pensarmos a questão da constituição e reconhecimento da imagem do Eu na psicose. No paciente, sua própria imagem sofre a intrusão de uma imagem alheia e ele vive, então, um encontro com seu duplo, ou como descreve Pankow (1989) um *devoramento pelo espelho*.

O segredo do espelho consiste num confronto do homem com sua própria corporeidade captada de fora. Reconhecer sua própria imagem é um ato de liberdade que supõe a aceitação de sua corporeidade, não mais como sentida ou como ser-para-si, mas como vista e como ser-para-outrem. (p. 15)

Pankow, após considerável trabalho clínico e de pesquisa com estes pacientes, coloca o âmago da problemática deles com seu corpo: não há dialética entre parte e todo. O homem psicótico, diz, é engolido pelo processo de dissociação de seu corpo vivido (p. 14). Neste sentido, o processo de reconhecimento de sua própria imagem unificada estaria comprometido, sendo a presença corporal do outro fundamental para que se finde uma possibilidade de tratamento. Ela propõe um método que chama de “estruturação dinâmica da imagem do corpo”, que consistiria em levar o paciente a formular demandas e reconhecer desejos inconscientes (p. 27). Segundo a autora, a imagem do corpo tem duas funções: 1) função de estrutura espacial enquanto *forma*, ou seja, enquanto estrutura que exprima um laço dinâmico entre as partes e a totalidade (p. 22). A forma diz respeito ao corpo vivido. Neste sentido, ela explica a diferença entre uma experiência de mutilação para um neurótico, para quem sacrificar partes não significa perder a unidade corporal, e para um paciente psicótico que vive aí uma experiência de aniquilamento total (não há sacrifício possível que não o comprometa completamente, isso caracteriza o corpo dissociado). 2) A imagem do corpo funciona também como uma estrutura referida a conteúdo e sentido, imagem enquanto portadora

de uma *representação*. Esta segunda função concerne ao corpo reconhecido, *caminho de acesso ao outro* (grifo meu). Cabe dizer que o delírio, na psicose, muitas vezes tem esta função de tentativa de representação corporal, protegendo-o do devoramento pelo espelho, do encontro com seu duplo.

Pankow traz como eixo principal de seu trabalho a vivência corporal do psicótico, articulando-a com sua vivência da temporalidade. Faz-se rico pensar, neste momento, que *a problemática do espaço/tempo articula-se, para o clínico, com a sua especificidade na experiência psicótica*: a transferência com o paciente psicótico sempre parte desse ponto de horror, possível encontro com seu duplo, transbordamento da imagem do outro em sua própria.

Se o corpo é o modelo estrutural do espaço (como define Pankow), como habitar um espaço em comum com o psicótico em uma direção oposta à do devoramento pelo espelho?

O caminho do espelho à loucura supõe que a imagem do sujeito é substituída pela imagem do outro. Não há ser-para-outrem, o que implicaria um reconhecimento do próprio desejo a partir do desejo do outro. (o *self*-como-sujeito proposto por Ogden).

Como o encontro com o Tu – com o outro que não sou eu mesmo e que poderia ser amado – não é possível, o doente tenta substituir o outro por muitos espelhos. O devoramento acontece, portanto da seguinte maneira: todo o espelho traz consigo uma parte histórica ligada a ele, mas essas imagens de pessoas (...) deixam de ser imagens e começam a assumir uma realidade independente que ameaça o doente. (Pankow, 1989, p. 16)

O método de estruturação dinâmica da imagem do corpo proposto por ela consiste em buscar uma temporalidade em uma dialética espacial: um corpo desprovido de unicidade, dissociado, é também desprovido de história. Construir uma história com o paciente é, então, questão fundamental em seu tratamento, já que é justamente aí que

reside a problemática psicótica: cada vivência ocorre como se fosse pela primeira vez; desorientadora, portanto.

O terapeuta ao lado do paciente corre então o risco de ser tanto invadido pela imagem do paciente como viver a sua imagem como invasora do paciente. A desorientação no AT, quando compreendida como efeito disso, ganha um valor: se há uma constatação deste risco, há abertura a ele. Portanto, abertura a poder caminhar para além da confusão e desorientar-se no espaço para a busca de outro tempo – a temporalidade psicótica.

Em se tratando de articular a questão do tempo com a questão da espacialidade e do corpo, Anzieu (1988) traz uma interessante concepção da função do duplo ao referir-se ao que ele chama de “fantasia originária do masoquismo”. Explica que a constituição do Eu passa pelo momento de relação simbiótica com a mãe, “representada na linguagem do pensamento arcaico por uma imagem tátil onde dois corpos, o da mãe e o da criança, têm uma superfície comum. A separação da mãe é representada pelo arrancar dessa pele” (p. 47). Se na linguagem arcaica, segundo esse autor, a pele significa tanto fusão quanto arrancar, é em função de como se faz este contato com a mãe que o duplo terá aqui uma *função tranquilizadora*. Existiriam contatos excitantes e contatos significantes, paradoxais em si mesmos, uma vez que a mãe serve tanto como alguém que o protege contra ameaças do mundo exterior e interpreta corretamente suas necessidades, quanto alguém que provoca no bebê excitações “cujo excesso se mostra mais ou menos desagradável” (p. 49). Anzieu (1988) propõe uma base topográfica ao pensar no círculo maternante enquanto um *envelope* que circunda o bebê.

O bebê fica satisfeito em suas necessidades e, sobretudo, tranquilizado quanto à sua necessidade de que se compreendam as suas necessidades. Daí a construção de um envelope de bem-estar, narcisicamente investido, suporte da ilusão, necessário para estabelecer o Eu-pele, ao qual um ser colocado do outro lado desse envelope reage imediatamente em

simetria complementar a seus sinais: ilusão tranquilizadora de um duplo narcísico onisciente e sua permanente disposição. (p. 49).

Seria então, para ele, a maneira como esse Eu-pele¹⁸ se desenvolve que marcaria a evolução dessa fantasia originária de uma pele comum ao “reconhecimento que lhe traz a confirmação de sua individualidade (...). Ser Eu é sentir-se único” (p. 69)

A pele comum os mantém ligados, mas com uma simetria que esboça sua *separação futura*. Esta pele comum, os abarcando um ao outro, assegura entre os dois parceiros uma comunicação sem intermediário, uma empatia recíproca, uma identificação adesiva: tela única que entra em ressonância com as sensações, os afetos, as imagens mentais, os ritmos vitais dos dois. (p. 70; grifo meu)

Se Anzieu (1988) grifa a importância de uma pele comum, da dimensão tátil, da identificação adesiva e da função tranquilizadora que tem a mãe¹⁹, Pankow evidencia a experiência da loucura como uma experiência de intrusão do outro e devoramento pela própria imagem, confundida com a do outro. A relação especular pode ser continente ou nociva. O duplo pode ser diabólico ou assegurador narcísico. O terapeuta irá, certamente, experimentar essas duas posições. Em que ponto, portanto, pode-se sair de uma experiência de confusão aterrorizadora para a de uma desorientação que esboce uma direção futura?

Zygouris (1995) aborda o tema do duplo em artigo intitulado “A alma gêmea ou o duplo domesticado”. Passo as palavras a ela:

O duplo representa uma regressão tópica a um momento psíquico pré-especular do não separado. É uma espacialização ilusória e alucinada de um dentro, que “normalmente” permanece celado pelo recalque estruturante

¹⁸ Por Eu-pele, designo uma representação de que se serve o Eu da criança durante fases precoces de seu desenvolvimento para representar a si mesma como Eu que contém os conteúdos psíquicos, a partir de sua experiência com a superfície do corpo. Isto corresponde ao que o Eu psíquico se diferencia do Eu corporal no plano operativo e confundido com ele no plano figurativo. (Anzieu, p. 44)

¹⁹ Diz Fédida (1991): “O eu-pele de Anzieu confere à sensorialidade uma função de imaginação contratransferencial que alimenta as interpretações – que dão lugar na fala a uma circulação de trocas (que poderiam ser chamadas corporais) do analista com seu paciente”. (p. 206)

que representa o necessário fechamento que separa si mesmo do outro, aquele cujo rosto foi a parte faltante do próprio corpo antes que o olhar adquirisse sua capacidade de separação e que o simbólico distribuísse a cada um seu lugar (eu diria, seus lugares). Aquele que encontra seu duplo é despossuído de seu mundo interior. Trata-se, propriamente falando, de uma experiência diabólica. (Zygouris, 1995, p. 150)

Essa autora traz a versão de que é o rosto do outro (rosto não enquanto imagem, mas enquanto *espelho da alma*) o ponto de balança entre o mundo interno e o mundo externo. Ela aborda o estatuto de semelhante que o outro possui, o outro apreendido em relação horizontal. Quando as relações horizontais predominam, é sinal de que o sujeito pode barrar o horror do encontro com seu duplo e buscar no outro, por meio da identificação, uma solução para o seu desamparo. Procura-se o semelhante em busca de compreensão, empatia, reconhecimento. A alma gêmea, segundo Zygouris (1995), é um duplo interior que *se reconforta e se representa do campo do amor*, lá onde o duplo exterior é sinônimo de horror e solidão (p. 151).

Haveria um tempo no trabalho na clínica das psicoses que precisa ser dedicado à sustentação de uma relação especular? À sustentação da fantasia de uma pele comum? Ou, como propõe Oury (1991), nosso trabalho é o de reensinar a pessoa a investir o espaço e seu corpo? Para ajudar o paciente a se reconhecer, a se integrar, a continência, o amparo, o acolhimento e o constante reconhecimento da alteridade (o que exige amor) são peças essenciais, porém há também a necessidade de se reconhecer o mesmo, o idêntico, aquilo que causa inquietude nos encontros. Oury diria: o insólito, aquilo que não está manifesto de saída (p. 47).

Reconhecer trata, antes, da tomada de uma posição por parte do clínico: não impedir a emergência. Neste sentido, a disposição de corpos no AT e seus movimentos podem facilitar essa troca horizontal, essa possibilidade de que o paciente seja reconhecido. Reconhecer a imagem remete a uma série de aspectos, conforme os

autores discutidos neste capítulo. Aqui o ponto-chave é a ideia de que a articulação de partes necessita do reconhecimento de um traço histórico recusado. Na experiência terapêutica, levar isso em conta significa a passagem pela especularidade (confusão de eus), pela contaminação, pela nomeação de afetos, e resgate de uma história. É pela proximidade e movimento, inicialmente confuso, que se ganha, com o tempo, a desorientação que dá possibilidade de direção a um sentido.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Fim de caso (*vida surgindo*)

Definir um atendimento como sucesso ou fracasso é um ponto irrelevante quando nos tomamos por tantos questionamentos. O fato de eles existirem explicita um movimento. Algo, neste acompanhamento, certamente caminhou. Se há histórias para se contar, se terapeuta e paciente puderam construir um vínculo afetivo, se a paciente rumou em direção a uma maior autonomia, menos invadida e confundida com o que existe ao seu redor, pode-se falar em um efeito positivo.

Entretanto, muito movimento causa grandes resistências. Em um dado momento do AT, Miriam e eu passamos a sentir necessidade de uma aproximação com seu passado, e ela elegeu o irmão como o único que poderia contar a mim coisas das quais ela não se lembrava (ou não podia lembrar). Histórias da infância, histórias da família, dos pais que também já não tinham mais condições de nos ajudar a fazer articulações necessárias entre o que Miriam vivia no atual de seu quadro clínico e traços de sua história familiar.

Maria foi quem nos ajudou na busca por uma conversa com o irmão de Miriam. Ela nos dizia para que não o perturbássemos com telefonemas; ela que diria a ele sobre o “interesse da AT em ter uma conversa com ele”. Insisti que o interesse era também de Miriam, e fora algo construído entre nós duas durante o acompanhamento.

Nessa época, Miriam mantinha diversas atividades como os cursos de fotografia e pintura, pelo CAPS, além de um curso de digitação que ela mesma havia buscado com a minha ajuda. O irmão é quem dava a Miriam dinheiro para os cursos e para o atendimento em AT. De alguma forma, viabilizava a ela uma circulação mais ampla. Entretanto, nunca conseguimos um encontro com ele.

Nos meses em que o assunto ficou em pauta, Maria, muito preocupadamente, ligava ao irmão de Miriam e depois justificava sua negativa: “Ele anda muito ocupado e estressado, não quer tratar disso agora”. Muitas foram as tentativas, até que, por fim, disse a Maria que eu telefonaria a ele para marcar uma conversa. O que se sucedeu dessa intervenção foi um abrupto afastamento de Maria do acompanhamento. Eu não só fui malsucedida na tentativa de marcar um encontro com o irmão, como de maneira bastante violenta a família dispensou o AT de Miriam. Justificou-se que pelo fato de Miriam estar bem naquele momento, o acompanhamento não era necessário, além de estar sendo financeiramente dispendioso quando então se gastava muito dinheiro com os enfermeiros dos pais. Mais uma vez, Miriam foi posta sem-lugar e, de certa forma, refém das afirmações e negações deste irmão. A partir daí, tivemos que encerrar nosso trabalho. Foi o fim daquela experiência de quase três anos. Eu esperava que Miriam pudesse manifestar algo. Sem o respaldo de alguém da família, era impossível continuar o trabalho com ela.

Retomemos o primeiro contrato, do qual falamos no segundo capítulo: apesar de eu estar ligada ao CAPS, e juntamente com a equipe compor uma rede de tratamento, o contrato havia sido feito com a família, sempre por intermédio de Maria. Ela era a única com quem trocava ideias sobre Miriam e a única que frequentava as reuniões com a equipe do CAPS. O contrato, segundo Rossi (2007), precisa funcionar como um ordenador, um marco simbólico para todas as situações e vínculos que o AT promove: at-paciente, at-família, at-equipe profissional (p. 55)

Esse autor propõe pensar o AT enquanto uma situação, pois este nunca se restringe apenas ao terapeuta e ao paciente, mas a todo um conjunto de pessoas. A situação do AT, segundo ele, vai mais além do entre-dois.

Seria possível entender a ruptura deste acompanhamento pela família como resultante de um gradativo desinvestimento das comunicações entre acompanhante e os terceiros, componentes necessários para a manutenção de uma rede de cuidados a Miriam? De certa forma, um dos elementos do enquadre não estava bem delimitado. Rossi (2007), assim como Kuras de Mauer e Resnizky (2009), propõe que o trabalho em desenvolvido por uma equipe de profissionais é fundamental ao AT.

Mas é também possível pensar que, na medida em que Miriam trazia este irmão a muitos dos acompanhamentos (fazia-o presente nos delírios, nas vozes e alucinações, como o pai), trabalhar a sua ausência teria sido de fato o desafio deste AT. Não incluí-lo em presença viva, mas caminhar em outra direção, a de desamarrá-la da família. Talvez (esta é uma hipótese que se fez mais clara muito tempo depois do final deste acompanhamento) fosse sua presença maciça que causasse uma espécie de permanência da desorientação.

Miriam, no entanto, produzia. Parecia vinculada ao mundo. O título do quadro que pintou para uma exposição da qual participou, em um dos últimos de nossos encontros: “Vida surgindo”.

Também criou uma fotonovela em que contava a história de um casal que se separava depois de o marido ter traído a esposa com a vizinha. Tentativas de Miriam de significar sua vivência edípica, de simbolizar algo pela arte? De fato, nesses tempos, ela estava menos delirante.

No Natal, telefonou para me cumprimentar e perguntar quando retomaríamos no ano seguinte. Confusa, lembrei-a de que a família havia rompido o contrato. Ela se desculpou, como se fosse vítima de uma amnésia, vítima das decisões que não incluíam a sua possibilidade de decidir algo. Entretanto, diz que vai bem, e conta-me um pouco de sua rotina pelo telefone.

Se há um caminho frutífero para se trabalhar com psicóticos, esse é tentar, ao máximo, revelar traços perdidos da história familiar e tentar significar sua “abolição simbólica” (cf. Penot, 1992). Um acompanhante terapêutico, mesmo com acesso ao ambiente familiar do paciente e a possibilidade de presença em situações cotidianas, pode permanecer por muito tempo não admitido, e desta forma *desorientado*. O acesso a traços dessa história (que, como diria Pankow (1989), teria como efeito uma reestruturação da imagem do paciente) faz-se ponto norteador de um trabalho analítico. Mas como acessá-los é que continua sendo a questão. Se não há, muitas vezes, possibilidade de conexão com a família, há a possibilidade de apontar para a emergência do novo, aquilo que o paciente pode criar e manter ele mesmo, em geral se pode contar com uma equipe. Há entradas na cidade para toda a forma de subjetividade, e Miriam estava buscando as suas.

A cidade pode funcionar como um território propício a desorientação. *E deixar-se desorientar na cidade é parte necessária do processo terapêutico com o paciente psicótico*. Através de uma circulação que seja, inicialmente, desorientada, é possível encontrar, com o paciente, meios para se recriar uma história. Poder juntar fragmentos dispersos e construir um corpo: encontrar sentido a partir de um vínculo inédito.

Sobre a desorientação

E nunca antes eu me havia deixado levar, a menos que soubesse para o quê. Ontem, no entanto perdi durante horas a minha montagem humana. Se tiver coragem, eu me deixarei continuar perdida. Mas tenho medo do que é novo e tenho medo de viver o que não entendo – quero sempre ter a garantia de pelo menos estar pensando que entendo, não sei me entregar à desorientação. Como é que se explica que meu maior medo seja exatamente em relação: a ser? E, no entanto não há outro caminho. Como se explica que meu maior medo seja exatamente de ir vivendo o que for sendo?

(Lispector, 2009, p.13)

Chega-se, enfim, à tarefa última, ao que se pode chamar a conclusão de toda a pesquisa realizada ou, mais ainda, o sentido da pesquisa. Pois do que trata o método da Psicopatologia Fundamental senão de se chegar a um sentido conforme o vivido, conforme se percorre um caminho?

Escrever sobre a desorientação no AT é a tarefa derradeira e, ao mesmo tempo, central. Ela não só encerra a o processo de escrita desta dissertação como amarra aquilo que já foi feito. Sua definição monta uma figura que espelha toda uma experiência.

[de.so.ri.en.ta.ção](#)

sf (des+orientação) **1** Ato ou efeito de desorientar. **2** Falta de orientação, de direção ou rumo certos; desnortamento, desorientamento. **3** Perplexidade; indecisão. **4** Atrapalhão. **5** Insensatez.

Partindo da definição do termo no dicionário Michaelis *online*, há que se considerar que a desorientação trata-se tanto de uma ação quanto de um efeito. Executa-se algo de forma desorientada e de forma a desorientar o outro. Ou executa-se algo de forma pensadamente segura e provoca-se indecisão, o que revela então a presença de uma instabilidade. Há uma dialética existente nesta ação/efeito que merece atenção, já que por dialético entende-se todo e qualquer movimento transferencial-contratransferencial. Por dialético entende-se toda a presença do inconsciente na sombra daquilo que é manifesto. Toda a existência do processo que necessita da imobilidade de um enquadre continente. Dialética do fluxo e estase, tomando aqui emprestadas as palavras de Zygouris (1999).

Esmiuçar o processo de pesquisa é tarefa bem-vinda para direcionar esta discussão. Se tal processo foi tomando corpo de forma desnortada, construindo-se com base em uma difícil busca por um único tema, é então deste processo que se há de falar agora.

Partiu de uma experiência clínica que foi narrada de maneira a figurar claramente a desorientação: perder-se no discurso psicótico, perder-se pelas ruas

caminhando em errância, perder-se com relação ao ponto de origem da escolha por um passeio naquele acompanhamento. Por que mesmo eu e Miriam começamos aquele trajeto pela USP? Porque mesmo eu me excedi e, perdida, fui orientada pela paciente a me (nos) encontrar? Telepatia foi o termo que ela usou para explicar o que ocorria entre nós duas.

Os autores abordados para discutir a vinheta clínica são aqueles que têm em comum a disposição de fazer reflexões, elaborações e comentários sobre o enquadre analítico em determinada circunstância. Como diria Fédida (1991), a circunstância de uma *psicanálise complicada*. Autores que dimensionam a importância do corpo, do tempo e do espaço. Da comunicação pelos afetos. Da reinvenção de uma forma de cuidado. Buscar critérios nesses autores para se falar de uma *psicanálise complicada*, isto é, exercício da psicanálise fora de seu enquadre clássico, é buscar orientação para algo novo. O “complicado” remete a uma constante interferência de terceiros elementos concretos, vivos. No AT, em linhas gerais, esses terceiros constituem “a cidade”. Da mesma maneira que ela interfere de forma a causar certa desorganização na dupla, ela é também parte dessa dupla e precisa ser integrada à situação clínica. Eis a inovação que o Acompanhamento Terapêutico traz para a clínica com psicóticos: a cidade não é o enquadre, mas sim onde o enquadre se presentifica. Esta inovação acrescenta material para se pensar na clínica das psicoses, seja em termos de efeito do tratamento quanto em termos técnicos e metapsicológicos.

O mesmo dicionário Michaelis *online* utilizado para a definição do termo desorientação traz, curiosamente, a seguinte definição para o termo oposto:

[o.ri.en.ta.ção](#)

sf (*orientar+ção*) **1** Ato ou arte de se orientar. **2** Determinação dos pontos cardeais a partir do lugar em que estamos. **3** Direção, guia, regra. **4** *Náut* Disposição que se dá às velas e vergas para receberem o impulso do vento

Curioso foi deparar-se com a palavra “arte”. Ato ou arte de se orientar. Por que a definição de um dicionário, que se arraiga com mais afinco no senso comum, diz que se orientar refere-se não só a um ato, mas a uma arte? Definir um ato como uma arte é tirar dele o caráter accidental e dar-lhe um caráter mais sublime, que sugere um dom ou aptidão. Isto não ocorre quando falamos de “efeito de desorientação”, este sim sugere uma espécie de “acidente de percurso”.

A orientação é basicamente aquilo que um pesquisador almeja durante o processo de pesquisa. E se ao longo deste processo o que se revela é justamente a presença da desorientação, quais hipóteses tomam corpo? A desorientação dentro de uma pesquisa significa a dificuldade em se encontrar um problema de pesquisa maior do que outros. Como foi possível ver pelas narrativas clínicas aqui presentes, são muitas as situações problemáticas que o AT suscita, e a dificuldade de eleger uma como maior pode também causar o “efeito de desorientação”.

Se há uma arte de orientar-se, arte de determinar pontos (*topos*) que ajudem a projetar-se ao futuro, o que dizer sobre o “deixar-se desorientar”? Falar sobre a desorientação é poder falar também de uma arte, porém menos explícita enquanto tal. Trata-se mais de uma *disponibilidade* de não impedir a emergência daquilo que estiver oculto, disposição própria do psicanalista. Em outras palavras, disponibilidade ao “acidente de percurso”. Aquilo que está oculto é sempre disperso, é sempre caótico. Freud assim qualifica as pulsões, o tempo do inconsciente, o amor infantil, inquietante estranheza. A Gradiva de Jensen orientou o jovem Norbert a uma expedição aparentemente louca: às ruínas da Pompéia. Era ali, em errância, que ele estranhamente encontrava seu “fantasma do meio-dia”: Zoé, amor infantil, uma parte dele mesmo, ocultada pelo recalque. Chame-se fantasia, chame-se delírio histérico, o ponto é que Norbert passou por um árduo processo desorientador para desvendar o mistério de

Gradiva que, por sua vez, não se revelou de início e desta forma possibilitou o processo terapêutico. Norbert pode reencontrar-se com o seu próprio mistério.

Freud inventava a psicanálise de início pelo método da hipnose, depois pelo método catártico para, então, defrontar-se com aquilo que se parecia com um acidente: o obstáculo da transferência. Mal previa ele que é este o conceito-chave para se pensar na psicanálise desde então. Foi curta a sua vida para que alcançasse o tema da transferência com psicóticos, mas foi ele quem certamente deixou-nos caminhos abertos para esta questão.

Gisela Pankow (1989) fala da experiência psicótica enquanto o horror de um “devoramento pelo espelho”. Como nós, analistas, podemos atingir a compreensão de uma experiência de invasão pela própria imagem? Da totalidade de um corpo ser substituída por uma parte? Efeitos de cisões e clivagens destruidoras, excessos mortíferos que obstruem a possibilidade do enigma, tanto ao paciente quanto ao próprio terapeuta.

Não há história possível se não há articulação entre partes. Não há um todo possível se não há história e a busca pela história empreende-se através de uma sensibilidade à contaminação (Zygouris, 1999) e ao sem-sentido do agora. Desorientar-se é, portanto, a perdição na mais concreta atualidade, a impossibilidade de avistar pontos familiares, partes que constituem alguém enquanto corpo próprio (humano?).²⁰ Ao psicótico sobram sensações de orfandade e de perseguição por um outro que é ele mesmo. E o terapeuta que o acompanha, com quais afetos precisa lidar? Dentre alguns, sublinharia o da estranheza, do não-sentido, o da confusão e da impotência diante do saber irreduzível que mostra o paciente.

²⁰ Retomo aqui a citação de Clarice Lispector, que, transfigurada no personagem G.H se diz com coragem a se desorientar justamente quando “perde durante horas sua montagem humana”. No romance ela explica pelo fato de se confundir com uma barata quando prova o líquido que sai de seu corpo esmagado, morto. Barata por ela assassinada. A partir desta experiência ela encontra o inseto em si mesma, o que há de mais cru e selvagem no humano, o que resta de si quando a linguagem se esgota.

Enquanto a confusão refere-se à perda dos limites individuais (situação muitas vezes presente na clínica da psicose), a desorientação trata-se de um passo posterior, coerente ao enquadre. Deixar vir a desorientação faz-se método clínico ao AT? E destas perguntas, chega-se, enfim, à pergunta que inaugura aquela que se constituirá nossa última discussão, a respeito do método clínico na Psicopatologia Fundamental. O processo de pesquisa e escrita é uma transfiguração do mesmo ocorrido na experiência transferencial?

Durante toda esta pesquisa se falou de método clínico sem abordá-lo diretamente. As narrativas são o espelho de uma experiência. Que não sejamos devorados por elas, mas que com elas possamos nos aproximar de um sentido. Eis a projeção de um método de pesquisa.

Como já abordado no item sobre o método, levar o método clínico em consideração é levar em consideração que *pathos* revela-se no caminho em direção à palavra-representante do sofrimento psíquico.

Colocar em representação o *pathos* é produzir um conhecimento do humano, pois transforma aquilo que é singular e obscuro no que é claro, abrindo oportunidade para o coletivo. Enquanto internas, as representações obscuras são vivências que podem se transformar em experiência, isto é, em representações socialmente compartilhadas (Berlinck, 2009, p. 443).

O termo desorientação, representante das narrativas aqui presentes, faz-se um rico conceito para se pensar nas dificuldades que permeiam a prática terapêutica e a prática do AT, seja uma desorientação espacial que permeia um encontro (o associar livremente com os pés), seja um efeito de desorientação contratransferencial na terapeuta que, a partir disso, passa a questionar o enquadre e buscar elementos que funcionem como constantes necessárias à prática do AT. A discussão em torno do tema do enquadre e da transferência com psicóticos nasce daí, da narrativa que suscita que ao

perder-se, terapeuta restitui aquilo que é necessário para a sua própria curiosidade: *a existência de um enigma*. Perder-se é entregar-se ao enigma que é o paciente ao seu lado e, na psicose, este perder-se é andar errante e deixar-se levar ao obscuro. Mesmo na tentativa de buscar os limites próprios de um enquadre, o que está em jogo no encontro é, irremediavelmente, a experiência dos próprios limites.

REFERÊNCIAS

- ANZIEU, D. *O Eu-pele*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1988.
- ARAÚJO, F. Do amigo qualificado à política da amizade. *Revista Estilos da Clínica, São Paulo, Ano X, n.19, Dossiê AT*, 2005.
- BERLINCK, M. T. *Psicopatologia Fundamental*. São Paulo: Escuta, 2008.
- Editorial. O método clínico: fundamento da psicopatologia. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 12, n. 3, p. 441-444, São Paulo, 2009.
- BLANCHOT, M. *A conversa infinita*. A palavra plural. São Paulo: Escuta, 2001.
- BLEGER, J. Psicanálise do enquadramento psicanalítico, In: *Simbiose e ambigüidade*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.
- COELHO JUNIOR, N. Psicanálise, corpo e *setting*, In: FIGUEIREDO, L. C. e COELHO JUNIOR, N. *Ética e técnica em psicanálise*. 2. ed revista e ampliada. São Paulo: Escuta, 2008.
- COELHO JUNIOR, N. E, GETLINGER, P. V. Fronteiras no trabalho clínico com casos- limite. *Jornal de Psicanálise* , São Paulo, v. 39, n. 71, p. 151-169, 2006.
- DE DEUS, R.T. *O psicótico e o seu ninho: um estudo clínico sobre o setting psicanalítico e os seus destinos*. 2007, Dissertação (Mestrado em Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2007.
- FÉDIDA, P. *Clínica Psicanalítica: Estudos*. São Paulo: Escuta, 1988.

----- *Crise et contre-transfert*. Paris: PUF, 1991.

----- *Nome, figura e memória: a linguagem na situação psicanalítica*. São Paulo: Escuta, 1992

FERENCZI, S. (1912). Prolongamentos da técnica ativa em Psicanálise. In: *Escritos sobre técnica*. Tradução de Claudia Berliner São Paulo: Martins Fontes, 1987.

----- (1926). Contra-indicações da técnica ativa. In: *Escritos sobre técnica*. Tradução de Claudia Berliner São Paulo: Martins Fontes, 1987.

----- (1927). Elasticidade da técnica psicanalítica. In: *Escritos sobre técnica*. Tradução de Claudia Berliner São Paulo: Martins Fontes, 1987.

FIGUEIREDO, L.C. Presença, implicação e reserva In: FIGUEIREDO, L. C. e COELHO JUNIOR, N. *Ética e técnica em psicanálise*. 2ª. Edição revista e ampliada. São Paulo: Escuta, 2008.

FREUD, S. (1908). Delírios e sonhos na Gradiva de Jensen. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 2006, v. IX

----- (1912). A dinâmica da transferência . In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 2006v. XII

----- (1914). À guisa de introdução ao narcisismo. In: *Obras psicológicas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 2007. v.1

----- (1915). Observações sobre o amor transferencial. . In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 2006

----- (1919). O Inquietante. In: *Obras Completas*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. v. 14

----- (1920). Além do princípio do Prazer. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 2006

----- (1923). O eu e o id. In: *Obras psicológicas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 2007. v.3.

----- (1924a). Neurose e Psicose. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 2006 v. XIX

----- (1924b). O problema econômico do masoquismo. In: *Obras psicológicas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 2007. v.3.

----- (1924c). A perda da realidade na neurose e na psicose. In: *Obras psicológicas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 2007. v.3.

----- (1925). A negativa. In: *Obras psicológicas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 2007. v.3.

----- (1927). Fetichismo. . In: *Obras psicológicas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 2007. v.3.

----- (1938). Esboço de Psicanálise. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 2006. v. XXIII

----- (1938b). A cisão do Eu no processo de defesa. In: *Obras psicológicas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 2007. v.3.

GREEN, A. *Orientações para uma psicanálise contemporânea*. Rio de Janeiro: Imago, 2008.

IBRAHIM, C. Do louco à loucura: o percurso do auxiliar psiquiátrico no Rio de Janeiro. In: CAROZZO, N.L et al. *A rua como espaço clínico. Acompanhamento Terapêutico*. São Paulo: Escuta, 1991, p. 43-49.

KHAN, M. (1962) Psicologia do sonho e a evolução da situação psicanalítica. In: *Psicanálise: teoria, técnica e casos clínicos*. 2ª edição. São Paulo: Francisco Alves, 2000.

KURAS DE MAUER, S.; RESNIZKY, S. *Territórios do Acompanhamento Terapêutico*. Buenos Aires: Letra Viva, 2009.

LISPECTOR, C. (1964). *A paixão segundo G.H.* Rio de Janeiro: Rocco, 2009.

MACEDO, H. *Ana K. Ou a conjugação do corpo*. São Paulo: Via Lettera, 2001.

MUÑOZ, N. M. Do amor à amizade na psicose: contribuições da psicanálise ao campo da saúde mental. In: *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 87-101, mar. 2010.

OGDEN, T. H. *Os sujeitos da psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

OURY, J. Itinerários de formação. In: *Revue Pratique n° 1*, Paris, 1991, p. 42-50

OURY, J. Prefácio. In: MACEDO, H. *Ana K. ou a conjugação do corpo*. São Paulo: Via Lettera, 2001.

PALOMBINI, A.L. Um estilo próprio à clínica- In: PALOMBINI, A.L et al. *Acompanhamento Terapêutico na rede pública: a clínica em movimento*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004.

PANKOW, G. *O homem e sua psicose*. Tradução Marina Appenzeller. Campinas: Papirus, 1989.

PENOT, B. *Figuras da recusa*. Aquém do negativo. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

PERRIER, F. *Ensaio de clinica psicanalítica*. São Paulo: Escuta, 1992.

ROSSI, G.P. *Acompañamiento Terapeutico* – Lo cotidiano, las redes e sus interlocutores.
Buenos Aires: Polemos, 2007.

ZYGOURIS, R. *Ah! As belas lições!* São Paulo: Escuta, 1995.

----- *Pulsões de Vida.* São Paulo: Escuta, 1999.

----- *O vínculo inédito.* São Paulo: Escuta, 2003.