

ERNESTO PACHECO RICHTER

FRAGMENTOS DE UM ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO:
REFLEXÕES A PARTIR DA TEORIA CRÍTICA DA SOCIEDADE

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA

São Paulo

2003

ERNESTO PACHECO RICHTER

FRAGMENTOS DE UM ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO:
REFLEXÕES A PARTIR DA TEORIA CRÍTICA DA SOCIEDADE

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE em Psicologia Social, sob orientação do Prof. Dr. José Leon Crochik.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA

São Paulo

2003

RICHTER, Ernesto P. (2003) *Fragments de um acompanhamento terapêutico: reflexões a partir da Teoria Crítica da Sociedade*. São Paulo. Dissertação de Mestrado em Psicologia Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Número de folhas:

Orientador: Prof. Dr. José Leon Crochík

Palavras-chave: Teoria Crítica, acompanhamento terapêutico, psicose, família, Psicologia Social.

BANCA EXAMINADORA

Agradecimentos

A Helena, mãe e amiga, por sempre acreditar em mim e dar o suporte necessário em todas as ocasiões de minha vida, até mesmo nas mais inusitadas. Certamente, uma mulher muito especial.

A Adelaide, sua mão sempre esteve estendida.

Ao Jair, um grande companheiro de jornada.

Aos amigos de muitos anos, sempre presentes, mesmo na distância: José Silva, Marcelo Pimenta, Liège Truda, Marco Farias, Luiz Borges, Paulo Campani, José Fonseca, Conceição Lagranha, Roberto Sperini, Wilfried Júnior e Cristian Olate.

Aos amigos Marco Caminha e Plínio Soares, eternos confidentes e ouvintes especiais.

Ao Alessandro Soares, sempre disposto a ajudar na elaboração dessa dissertação e companheiro de todas as horas.

Aos colegas da PUC/SP, César, Patrícia, Alex, Décio, Adriana, Kety, Rosário, Vera, Cristina, Dulce e Flávia que me acolheram em São Paulo.

As colegas de graduação Eliane Jover e Deise Nunes, que continuam ao meu lado.

Aos professores Analice Palombini, Jaqueline Tittoni e Edson Sousa, fundamentais na minha formação.

Aos orientadores Leon Crochík e Odair Sass, pela paciência e contribuições teóricas sempre justas e oportunas.

Aos professores da banca de qualificação Raul Pacheco e Edson Sousa, que indicaram caminhos.

A equipe do CAIS Mental - 8 e seus usuários, que muito me ensinaram sobre a loucura.

A Luís e sua família, especial agradecimento, que me acolheram em sua casa e possibilitaram a realização dessa dissertação.

RICHTER, Ernesto P. (2003). *Fragmentos de um acompanhamento terapêutico: reflexões a partir da Teoria Crítica da Sociedade*. São Paulo. Dissertação de mestrado em Psicologia Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Resumo

A despeito de sua curta história, a prática do acompanhamento terapêutico tem sido utilizada com relativo sucesso no tratamento de psicóticos. Essa prática ocorre basicamente fora do *setting* terapêutico tradicional; ocorre nas ruas, na casa do acompanhado, ou seja, ocorre no social. No entanto, a grande maioria dos trabalhos acerca dessa questão possui um enfoque clínico bastante acentuado, evidenciando um distanciamento de abordagens da Psicologia Social.

Assim sendo, o presente trabalho busca rever a prática do acompanhamento terapêutico de psicóticos a partir de uma abordagem da Psicologia Social, sendo que a base conceitual é aquela proposta pela Teoria Crítica da Sociedade.

Para tanto, parte-se da análise de fragmentos de um acompanhamento terapêutico, de um rapaz diagnosticado como esquizofrênico, realizado em Porto Alegre - RS, Brasil. Em tal análise foram utilizados preferencialmente textos de Max Horkheimer e Theodor W. Adorno, os quais serviram de subsídios para a reflexão acerca do acompanhado, de sua família e da sociedade na qual se inserem; bem como acerca da formação e da atuação dos acompanhantes terapêuticos que têm sofrido uma exacerbada ênfase na psicologia, afastando-se de fundamentos indispensáveis à sua formação, a saber: a filosofia e a sociologia.

Palavras-chave: Teoria Crítica da Sociedade, acompanhamento terapêutico, psicose, família, Psicologia Social.

RICHTER, Ernesto P. (2003). *Therapeutic accompaniment scenes: reflections from Critical Theory of Society*. Sao Paulo. Dissertation for Master's Degree in Social Psychology at Catholic University of São Paulo.

Abstract

In spite of its short history, the therapeutic accompaniment support has been used with relative success in treating psychotics. It occurs basically out of the traditional therapeutic setting. It really occurs on the streets, at the patient's home, which means it basically happens in a social environment. The great majority of therapeutic accompaniment has a clinical approach, neglecting its social emphasis. For those reasons, they are somehow far away from Social Psychology.

Considering this scenario, based on Social Psychology, this study intends to review the therapeutic accompaniment through the contributions of the Critical Theory of Society. To achieve this purpose, it has been analyzed a sample of therapeutic accompaniment, focused on a boy who has been diagnosed as schizophrenic in Porto Alegre - RS, Brazil.

Such analysis has been carried out in the light of the theoretical work of Max Horkheimer and Theodor W. Adorno, which has subsided a deeper comprehension of the patient, his family and the society where they live, as well as of the therapeutic accompanists' performance and education, which mainly highlight a psychological emphasis, neglecting two fundamental basis of human sciences: Philosophy and Sociology.

Key-words: Critical Theory of Society, therapeutic accompaniment, psychosis, family, Social Psychology.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	8
CAPÍTULO I	
História da loucura: uma revisão	20
1.1. Da Antiguidade à reforma psiquiátrica	20
1.2. Reforma psiquiátrica e movimento antimanicomial	33
CAPÍTULO II	
Acompanhamento terapêutico e Teoria Crítica: uma perspectiva psicossocial	43
2.1. Loucos ou psicóticos: acompanhamento de quem?	43
2.1.1. Psicose e loucura	44
2.1.2. Psicologia e Sociologia	52
2.2. Acompanhamento terapêutico: uma prática sul-americana	64
2.3. Formação do acompanhante terapêutico	80
CAPÍTULO III	
Fragmentos de um acompanhamento terapêutico	94
3.1. CAIS Mental - 8	95
3.2. O acompanhado	99
3.2.1. Sua história pregressa	99
3.2.2. Sua doença	101
3.3. O acompanhamento terapêutico	104
3.3.1 Um início frustrante, porém rico em reflexões	104
3.3.2. Nada mudou: as mesmas práticas hospitalares	109
3.3.3. Um pequeno apartamento e a rua	114
3.3.4. Avó e mãe na contramão	120
CONSIDERAÇÕES FINAIS	129
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	139

Introdução

Os currículos dos cursos de graduação em psicologia enfatizam pouco o ensinamento e a divulgação de novas práticas terapêuticas quando o assunto é a loucura. Em geral, é dispensado no máximo um semestre, em que se estudam as diversas psicopatologias ligadas à psicose, quando se aprende a identificá-las e classificá-las. Recorre-se, para isso, a manuais visando descrever as funções do ego e, conseqüentemente, o funcionamento psíquico do sujeito. Isto quando não se desloca, quase integralmente, a uma abordagem médica e medicamentosa, para a qual o importante não é tanto o funcionamento psíquico e suas particularidades, mas, sim, uma classificação pura e simples com o rigor e a insensibilidade de um DSM-IV¹, não importando quem é o alvo desta classificação, sua história, sua família e suas potencialidades. Não queremos, com isso, desqualificar o DSM-IV, pois ele é um instrumento que aporta uma caracterização dos diversos quadros psíquicos e serve para que a comunicação entre as diversas áreas que lidam com os distúrbios mentais seja facilitada, uma vez que utiliza uma nomenclatura comum em relatórios médicos e psicológicos. A nossa crítica é dirigida a sua utilização como forma única e exclusiva de rotular as pessoas acometidas de distúrbios psíquicos, inviabilizando, assim, um melhor entendimento do e uma aproximação ao ser humano que se encontra estigmatizado por esse rótulo.

Em contrapartida, a reforma psiquiátrica e a luta antimanicomial preconizaram a necessidade de outra perspectiva à clínica e ao ensinamento de práticas voltadas à loucura. A idéia de atendimentos tradicionais, entre quatro paredes, em

¹ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition (DSM-IV) - American Psychiatric Association, Washington D.C., 1994. Manual utilizado mundialmente, no qual encontram-se os critérios para o diagnóstico e classificação de distúrbios mentais, publicado pela Associação Americana de Psiquiatria.

hospitais e clínicas, não respondia mais às inquietações dos profissionais em saúde mental. Estes começaram a promover fóruns, cursos, congressos, simpósios etc.. A loucura ganhou, então, espaços maiores no que diz respeito ao seu entendimento e, principalmente, quanto às intervenções que lhe são dispensadas, visto que ela deixou o confinamento e ganhou as ruas.

Esses espaços abertos à loucura possibilitaram a criação de movimentos que visam fundamentalmente a melhoria da qualidade de vida e a promoção de saúde do doente mental. O psicótico não é mais tratado apenas entre as quatro paredes de consultórios e na imensidão de hospitais; agora, ele passa a circular na sociedade; seu mundo se amplia e as trocas sociais, que antes eram escassas, tornam-se inevitáveis. Há uma sensibilização por parte de profissionais em saúde mental, de políticos e de acadêmicos, os quais colocam em questão as práticas adotadas no tratamento da loucura. Assim sendo, ocorreram mobilizações com o intuito de promover o incremento de novas práticas voltadas ao atendimento do doente mental, tais como a terapia ocupacional, atendimentos ambulatoriais, centros de atenção diária, oficinas de geração de renda etc.; afastou-se, portanto, do regime hospitalocêntrico e buscou-se enfatizar a cidadania do louco.

A psicologia, como não poderia deixar de ser, cumpre um papel importantíssimo e engaja-se também nesses movimentos de humanização do trato com a loucura, visando lidar com o sujeito da loucura e não meramente com a doença mental. Dessa forma, alguns profissionais e acadêmicos voltam-se à figura do acompanhante terapêutico como mais uma alternativa, dentre as anteriores citadas, oferecida aos psicóticos.

Procura-se, desse modo, promover a cidadania do louco por meio de sua inserção, de forma mais integral, à sociedade, estimulando trocas sociais amplas e capazes de romper, até -

certo ponto, com a lógica da exclusão. Nosso entendimento de cidadania, portanto, não se restringe a uma raiz teórica, na qual ela é concebida como sendo o conjunto de direitos e deveres dos homens e mulheres de uma sociedade; ou seja, nós a entendemos de forma mais abrangente, como sendo a possibilidade real de participação na sociedade, o que conseqüentemente propicia transformações significativas na maneira como lidamos com as pessoas acometidas de sofrimento psíquico. Atos sociais voltados a essa população, como a celebração do dia 18 de maio - dia da luta antimanicomial, cumprem um papel de destaque nesse sentido.

Na academia, alguns movimentos também se faziam necessários. Alguns professores envolvidos com o movimento antimanicomial e a reforma psiquiátrica começaram a abrir brechas nos cursos de psicologia por meio da proposição de disciplinas facultativas e de cursos de extensão, cujo foco principal era o trabalho de acompanhamento terapêutico voltado preferencialmente a psicóticos.

Por meio de uma dessas brechas, foi aberta na Universidade Federal do Rio Grande do Sul a possibilidade de realizarmos o estágio de Psicopatologia - normalmente realizado em clínicas e hospitais psiquiátricos com o enfoque descrito no primeiro parágrafo desta introdução, a saber: acompanhar o tratamento, descrever e classificar o doente mental - fora do esquema hospitalocêntrico e com ênfase no trabalho de acompanhamento terapêutico.

Foi, portanto, a partir do curso de graduação em Psicologia que esta dissertação começou a se estruturar, quando, por intermédio de um projeto-piloto proposto pela docente Analice de Lima Palombini, responsável, na época, pela supervisão acadêmica do estágio de psicopatologia, nos engajamos em um serviço da Secretaria de Saúde da Prefeitura

Municipal de Porto Alegre - CAIS Mental-8², especializado no atendimento de jovens e adultos psicóticos e neuróticos graves. Funcionando desde janeiro de 1996, atende os moradores dos bairros mais centrais de Porto Alegre e recebe também encaminhamentos de Unidades Sanitárias, outras Secretarias da Prefeitura e instituições diversas. Esse serviço dispõe de diversas modalidades de atendimento, tais como oficinas terapêuticas; atendimento individual em terapia ocupacional; psicoterapia individual ou de grupo; avaliação e acompanhamento psiquiátricos; entrevistas e reunião de familiares; acompanhamento terapêutico; abordagens de rua; visitas domiciliares e grupos de convivência. Os usuários integram-se a esse atendimento seja em nível ambulatorial, seja em regime de atenção diária, nas situações de crise que exigem sua permanência num ambiente protegido. Nesses casos, o usuário permanece durante o dia no CAIS, retornando, à noite, aos cuidados de seus familiares em casa, ou aos cuidados da instituição onde se encontre abrigado.

Esse serviço surgiu com o intuito de evitar a internação dos pacientes com sofrimento psíquico e em concordância com a política de saúde mental da Secretaria Municipal de Saúde que é a da reintegração social do paciente. Anexo a esse serviço há três outros que trabalham em conjunto no sentido de promover tal reintegração: pensão protegida, destinada a pessoas impossibilitadas de morarem sozinhas e que romperam os laços familiares; oficina de geração de renda, onde os pacientes podem exercitar sua criatividade e ainda ter um retorno financeiro mínimo; e uma casa de transição, onde são oferecidos outra forma de moradia não institucional e acompanhamento de atividades cotidianas, que se constitui na

² Centro de Atendimento Integral à Saúde Mental - 8. O número 8 refere-se ao distrito sanitário em que se situa esse serviço, o qual abrange a região central do município de Porto Alegre, as ilhas do Rio Guaíba e mais 17 bairros, caracterizado mais adiante no item 3.1..

etapa anterior ao retorno à sociedade, seja de forma autônoma ou por meio da reintegração à família do paciente.

Nesses ambientes, participamos de diversos seminários que abordaram a loucura em suas diversas nuances, bem como eram discutidas novas e antigas formas de lidar com ela. Se, por um lado, nos aproximamos a ela de uma forma mais teórica, ou seja, percorrendo sua história, a história de suas instituições e, também, do próprio serviço ao qual estávamos vinculados, por outro, nos foi proporcionado um contato mais íntimo com a loucura por meio da participação em atividades desenvolvidas com os usuários desse serviço. Pouco a pouco, fomos nos familiarizando com a loucura, etapa fundamental para o desempenho da atividade de acompanhante terapêutico.

No ano seguinte, foi promovido um curso de extensão patrocinado pela universidade e aberto à comunidade, o qual contou com a participação de 22 inscritos, entre estudantes e profissionais de diversas áreas. A proposta ampliou-se para outras instituições, como o Hospital Psiquiátrico São Pedro e a Clínica de Atendimento Psicológico da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e coube a nós, alunos envolvidos no projeto-piloto, participar também no trabalho de pesquisa.

Em virtude dos resultados obtidos no trabalho desenvolvido anteriormente, a docente foi convidada a participar junto à Escola de Saúde Pública do Governo do Estado do Rio Grande do Sul do planejamento e coordenação de um curso-piloto de qualificação para o acompanhamento terapêutico, dirigido a servidores de nível médio da rede pública estadual de serviços de saúde.

O trabalho do acompanhamento terapêutico veio, portanto, se firmando como uma importante alternativa no tratamento de psicóticos, sobretudo na rede pública, pois ele possibilita a criação de espaços promocionais de saúde, sempre de forma singular, considerando o desejo do acompanhado e propiciando o

desenvolvimento de trocas sociais, o que leva, por conseguinte, à diminuição de seu sofrimento.

A partir de então, temos desempenhado a função de acompanhantes terapêuticos, no início como parte do estágio e após como autônomos, o que nos levou a criar um grupo de estudos para estudar mais intensamente o assunto, o que nos trouxe diversos questionamentos sobre tal prática.

A experiência adquirida no estágio e no desenvolvimento do curso de extensão possibilitou-nos conviver com a loucura de forma mais intensa e particular, ainda que ela não nos seja algo muito distante. Que cidade não possui seus loucos perambulando por suas ruas, apresentando comportamentos dos mais variados? Presenciamos seus representantes ao caminhar pelas vias das cidades. Uns agressivos gritam, fazem estardalhaços, nos chocam, nos paralisam; outros, ao contrário, são tranquilos, pacíficos, estão perdidos em seus pensamentos, tornando-se, inúmeras vezes, invisíveis a nossos olhos. Outros, ainda, não os queremos notar. Por conseguinte, de uma forma ou de outra, já a contactamos; a loucura, sem dúvida alguma, nos é próxima.

Os loucos, a partir da reforma psiquiátrica, como veremos mais à frente, foram se integrando à sociedade, visto que, atualmente, o internamento é utilizado somente como última alternativa em seu tratamento, especialmente, quando há riscos a sua integridade ou a de sua família. O louco, conseqüentemente, está entre nós, convive conosco diariamente.

Essa inserção, esse não internamento, trouxe novos enfrentamentos no que diz respeito às intervenções realizadas junto à loucura, uma vez que o estar em sociedade, circular pelas ruas, conversar com pessoas estranhas, causa aos loucos grande sofrimento psíquico, pois têm de lidar com um mundo que lhes é estranho. Isto sem mencionar, os que se refugiam em seus lares e quartos por decisão própria ou por imposição de

suas famílias. Essas são as pessoas a que nos dedicamos com afinco na tarefa nada fácil de acompanhá-las, com o desejo de proporcionar-lhes uma existência, talvez, não tão sofrida.

No entanto, quando estamos diante de uma nova forma de intervenção, uma prática clínica que pouco apresenta em termos de literatura e que nos coloca, portanto, na posição de experimentadores, parece-nos que nossa responsabilidade é muito maior, visto que devemos nos questionar constantemente. Que tipo de inserção estamos promovendo aos acompanhados? O que produzimos com nosso trabalho? A crítica, assim sendo, deve ser imanente ao trabalho dos acompanhantes terapêuticos. É justamente este questionamento que é objeto de estudo desta dissertação: a prática do acompanhamento terapêutico e suas repercussões.

As reflexões que nos propomos a fazer estão baseadas na Teoria Crítica da Sociedade e, assim sendo, buscamos identificar, nas várias passagens de um acompanhamento terapêutico, elementos que nos mostrem a mediação social a qual estamos submetidos. Como referência, utilizaremos os principais textos escritos por Max Horkheimer e Theodor W. Adorno.

Para tanto, no Capítulo I descreveremos aspectos importantes da história da loucura em suas diversas nuances, começando pela Antiguidade, quando esta não era ainda entendida como doença mental e tinha explicações e entendimentos de cunho eminentemente mitológico até o surgimento do movimento da antimanicomial, na segunda metade do século XX na Europa.

Iniciaremos o capítulo apresentando um quadro geral e sucinto sobre a loucura e suas várias concepções, aportando autores que contribuíram sobremaneira no desenvolvimento deste assunto. Iniciaremos com as contribuições de Hipócrates, considerado o pai da medicina, e sua teoria dos humores,

momento a partir do qual a loucura passou a ser considerada como uma afecção orgânica. Em seguida, nos dirigiremos a Platão que considerava o homem como sendo constituído por três almas distintas e a loucura era consequência do desequilíbrio entre elas. Outro autor abordado será Galeno, que baseado tanto nas ideias de Hipócrates como de Platão iluminou um pouco mais a questão da loucura. Percorreremos, ainda, o período no qual houve um retrocesso e a loucura novamente viu-se envolta em concepções míticas, fruto do poder do cristianismo na Idade Média. Entretanto, não nos furtaremos de salientar as contribuições aportadas pela medicina islâmica, que representavam um contraponto ao misticismo que envolvia a loucura neste mesmo período. Por fim, traremos as contribuições de Michel Foucault sobre a loucura, as quais são riquíssimas, até o momento em que se colocaram em xeque as instituições psiquiátricas e suas práticas.

A seguir, abordaremos a reforma psiquiátrica ocorrida na Europa, especialmente na França, Inglaterra e Itália, países que se destacaram mundialmente pelos programas revolucionários que apresentaram. Dessa forma, apresentaremos as experiências da Clínica La Borde (França), Vila 21 e *Kingsley Hall* (Inglaterra), bem como as de Trieste e Gorizia (Itália), que influenciaram especialmente o movimento antimanicomial que foi desenvolvido posteriormente nas Américas, o qual propiciou a aparição de um novo tipo de intervenção voltada à loucura na Argentina: o amigo qualificado, posteriormente denominado de acompanhante terapêutico.

No capítulo seguinte, abordaremos a questão do acompanhamento terapêutico; no entanto, antes de abordá-la, apresentaremos nosso entendimento do que vem a ser a loucura e a psicose, uma vez que esses termos são frequentemente utilizados na literatura de forma indistinta. Essa indistinção também aparece nesta dissertação, sobretudo no capítulo anterior.

Para fazermos tal distinção, partimos do pressuposto que o termo loucura está muito mais associado a um entendimento social da psicose, e, portanto, é utilizado sem muito rigor técnico e científico, ou seja, quando se fala em loucura ou em louco estamos na ordem do senso-comum, pois é um entendimento impreciso e compartilhado por todos em determinada cultura. Procuramos embasar essa idéia a partir das contribuições de Michel Foucault, uma vez que ele exemplifica como a loucura muda de faceta dependendo da sociedade analisada.

Por seu turno, situamos a psicose dentro da área da psicopatologia. Para abordarmos a psicose, utilizamos basicamente as obras de Freud, ainda que ele não tenha se dedicado fundamentalmente ao seu estudo. Assim sendo, ele sempre que a aborda, o faz a partir de um paralelo com a neurose, que foi seu principal foco de estudo. Utilizamos, portanto, alguns textos da obra de Freud - *Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia* (1911), *Neurose e psicose* (1924) e *A perda da realidade na neurose e psicose* (1924) para justificar o emprego do termo psicose, como sendo da ordem do conhecimento científico.

Em função dessa questão - psicose e loucura - nos pensamos ser importante trazer as contribuições, de Theodor Adorno, acerca da relação entre Sociologia e Psicologia, tema que abordaremos a seguir nesse mesmo capítulo. Essa diferenciação é importante para nossa dissertação, pois ela nos proporcionará bases para pensarmos que modificações ocorrem na prática do acompanhamento terapêutico quando este é realizado a partir de uma abordagem clínica ou quando se utiliza uma abordagem psicossocial.

Somente após esses dois pontos é que adentraremos na questão mesma do acompanhamento terapêutico. Abordaremos, inicialmente, as origens dessa nova prática terapêutica. Para

tanto, é indispensável fazermos algumas considerações sobre a contribuição argentina, uma vez que esta prática surgiu nesse país latino-americano e chegou ao Brasil em virtude da vinda de muitos psicanalistas argentinos, na década de 1970.

O modelo argentino teve grande influência no desenvolvimento do que veio a se constituir o acompanhamento terapêutico brasileiro. No entanto, daremos maior ênfase ao desenvolvimento histórico brasileiro e às mudanças que ocorreram desde que essa prática se instalou no Brasil. Descreveremos o que vem a ser o acompanhamento terapêutico e as vantagens que observamos em relação às práticas terapêuticas tradicionais.

Como, na maioria dos casos, ele se desenvolve no interior da casa do acompanhado e há constante interação com a família, não poderíamos deixar de abordar a questão familiar. Assim sendo, traremos as diferentes concepções de família no transcorrer da história: a perspectiva evolucionista, desenvolvida por Lewis Morgan; as contribuições francesas, sobretudo, as ideias de Claude Lévi-Strauss e, por fim, o pensamento dos teóricos de Frankfurt acerca da instituição familiar.

Qualquer prática que venhamos a desempenhar em nossas vidas deve ser alvo de reflexão; portanto, dedicaremos parte desse capítulo à formação do acompanhante terapêutico, sobretudo, a importância que a filosofia socialmente orientada deve ter na real formação do indivíduo, para que tenhamos práticas voltadas à compreensão da totalidade, colaborando sobremaneira para o surgimento de indivíduos autônomos.

A formação do acompanhante terapêutico é uma questão relevante, principalmente se considerarmos que a maioria dos cursos de formação que são promovidos não enfoca uma questão que, no nosso entender, é fundamental para a boa prática do acompanhamento terapêutico, ou qualquer outra prática

profissional, isto é a inserção de bases filosóficas e sociológicas. Buscamos, justamente, abordar a importância dessas duas disciplinas na formação do acompanhante terapêutico, uma vez que elas permitem uma reflexão aprofundada sobre a prática que estamos realizando, seja como acompanhantes ou seja em qualquer outro campo profissional.

No Capítulo III, traremos alguns fragmentos de um acompanhamento terapêutico realizado por nós, no decorrer de nosso estágio em Psicopatologia. O caso que será apresentado é de um rapaz de 19 anos que fora diagnosticado como esquizofrênico e estava vinculado a um serviço da Prefeitura de Porto Alegre especializado no atendimento de neuróticos graves e psicóticos: CAIS - Mental - 8.

Dividiremos esse capítulo em várias partes. Na primeira, abordaremos de forma sucinta o que vem a ser este serviço oferecido pela Prefeitura Municipal de Porto Alegre à sua população. Traremos as bases que proporcionaram a sua criação, bem como o seu funcionamento e as modalidades de atendimento que são desenvolvidas.

A seguir, traremos alguns aspectos da vida do acompanhado, relatando um pouco de sua história pregressa, sua doença, para, finalmente, trazermos o relato do acompanhamento terapêutico, o qual dividimos em quatro partes. Na primeira e segunda partes, relatamos o início do acompanhamento, o qual foi realizado dentro de um hospital psiquiátrico de Porto Alegre. Nas duas últimas partes, relatamos o acompanhamento terapêutico na casa do acompanhado e nossas andanças pela cidade de Porto Alegre.

Inicialmente, descreveremos como se deu nosso primeiro contato com o acompanhado e nossa primeira visita à sua casa, pois nos deparamos com questões que serviram de reflexão sobre a maneira como as pessoas acometidas de sofrimento psíquico são tratadas ainda hoje e que, indubitavelmente, não diferem

das práticas realizadas em períodos anteriores de nossa história, sobretudo, se levarmos em consideração que o início do acompanhamento terapêutico relatado ocorreu no interior de uma instituição psiquiátrica. Deparamos-nos com situações que lembravam práticas que acreditávamos terem sido extintas desde o movimento antimanicomial.

A seguir, relataremos nossa inserção no ambiente familiar. Faremos algumas considerações sobre o espaço físico da casa do acompanhado, relacionando-o com sua desestruturação psíquica, bem como a importância de considerarmos o interior da casa que nos acolhe em busca de ajuda.

Relataremos, ainda, alguns fragmentos de nosso acompanhamento sempre orientados pelas reflexões dos filósofos frankfurtianos Max Horkheimer e Theodor W. Adorno, com o intuito de marcarmos as contradições em nossas atitudes como acompanhantes terapêuticos que demonstram em última análise as próprias contradições da sociedade em que vivemos.

Finalmente, abordaremos a questão familiar, que se, por um lado, pode significar uma possibilidade de ajuda em nossa atividade; por outro, pode servir como empecilho ao desenvolvimento dela e, conseqüentemente, um agravamento das condições psíquicas do acompanhado.

Nossas considerações finais trazem algumas reflexões sobre a importância da Teoria Crítica da Sociedade para desempenharmos o acompanhamento terapêutico dentro de uma abordagem psicossocial, o que torna esta dissertação relevante para o desenvolvimento do conhecimento da Psicologia Social.

CAPÍTULO I

HISTÓRIA DA LOUCURA: UMA REVISÃO

1.1. Da Antigüidade à reforma psiquiátrica

A loucura sempre despertou fascinação para a maioria das pessoas, uma vez que ela envolve algo muito valioso para nós: nossos pensamentos e nossas relações com os outros. Ela remonta aos primórdios da civilização. Antes da era cristã já havia relatos sobre a loucura, ainda que, em muitos deles, ela não era assim identificada; conseqüentemente, ela não é um fenômeno exclusivo da sociedade atual e no transcorrer da história obteve diversas explicações e entendimentos dentro de um espectro muito amplo, que varia desde concepções mágicas e religiosas - próprias dos tempos antigos e da Idade Média - até a sua total inexistência enquanto doença mental - própria da antipsiquiatria. Assim sendo, algumas considerações acerca de sua história são relevantes para entendermos as diferentes nuances que obteve no transcorrer da história e influenciaram as concepções atuais.

Segundo Beauchesne (1989), os povos primitivos tinham concepções mágicas acerca da loucura e lhe eram atribuídas causas exteriores, tais como uma comida ruim ingerida ou mesmo a influência nociva de um outro ser, fosse ele humano ou sobrenatural; nesse caso, dizia-se que o corpo estava possuído por um espírito hostil; enquanto, naquele dizia-se que havia uma substância estranha no organismo. Portanto, a explicação da doença mental estava baseada no imaginário da sociedade. A loucura também podia tanto ser considerada como uma punição dos deuses ou semideuses, por uma violação contra as divindades ou por uma quebra de um tabu, bem como uma dádiva concedida por esses mesmos deuses ou semideuses ou ainda uma

possessão, o que explica a atitude ambivalente em relação aos doentes mentais: temidos por estarem possuídos ou respeitados por serem enviados ou mesmo castigados pela ira dos deuses. A maneira como os povos primitivos enfrentavam essas forças misteriosas desse mundo animista também era mística, visto que buscavam a cura dos doentes mediante práticas mágicas ou religiosas, tais como a sugestão, a suplicação, a intimidação, os rituais e a magia. O autor salienta, ainda, que nas tribos nômades não se buscava a cura dos doentes mentais que eram abandonados por serem considerados como um fardo muito difícil de carregar em seus sucessivos deslocamentos.

Podemos afirmar que foram os gregos que, pouco a pouco, se distanciaram das concepções mágicas e se direcionaram a explicações mais racionais da loucura, compreendendo-a como uma ruptura do equilíbrio interno, o que foi possível graças a observações sistemáticas dos fenômenos mórbidos, aproximando-se, dessa maneira, a um caráter mais científico de concebê-la. Ainda que houvesse várias concepções sobre a natureza das doenças mentais e seus respectivos métodos de tratamento, a partir de Hipócrates todas as doenças, inclusive as mentais, eram concebidas como sendo essencialmente orgânicas, o que se refletiu na medicina dos séculos XVIII e XIX.

O posicionamento crítico de Hipócrates foi fundamental nesse passo em direção à racionalidade; ele rejeitou os critérios de classificação vigentes até então, que associavam cada doença ou cada forma de loucura a um deus específico, o qual seria responsável pelo respectivo distúrbio. A teoria dos humores proposta por ele tinha uma base fisiológica e concebia que o corpo possuía quatro humores básicos: o sangue, a fleuma, a bÍlis amarela, e a bÍlis negra, os quais se localizavam no coração, no cérebro, no fÍgado e no baço e possuíam as seguintes características: quente, fria, seca e úmida respectivamente. Os quatro humores deveriam estar sempre em equilíbrio, caso houvesse desequilÍbrio entre eles o

indivíduo adoeceria. A doença mental fazia parte dessas rupturas de equilíbrio e sua manifestação estava associada à predominância de um dos humores no organismo que era causada pelo afluxo de um dos humores em direção ao cérebro, ou mesmo por um bloqueio do fluxo de um dos humores em direção ao cérebro. Assim sendo, a epilepsia era causada pelo excesso de fleuma na cabeça e o frenesi, marcado pela excitação, era devido à obstrução das membranas do cérebro devido a um excesso de bÍlis amarela (Milns, 1986 e Beauchesne, 1989).

Vemos aí que, embora houvesse um direcionamento à racionalidade, a teorização elaborada por Hipócrates sobre a loucura ainda tinha vestígios metafísicos, visto que sua anatomofisiologia era claramente especulativa, principalmente se considerarmos os conhecimentos que agora dispomos. Não obstante, não podemos negar o desenvolvimento que suas contribuições trouxeram ao entendimento da loucura. Outro mérito que não podemos nos furtar de salientar é o fato dele ter relacionado as doenças mentais ao cérebro, excluindo qualquer possibilidade de uma causalidade mítica.

Ele afirma que:

é preciso que os homens saibam que não é senão do cérebro que nos vem as satisfações, as alegrias, os sorrisos, as hilaridades, bem como as dores, as aflições, as tristezas e os prantos. É com ele sobretudo que compreendemos e pensamos, vemos e ouvimos, e distinguimos entre as coisas belas e as feias, más e boas, agradáveis e desagradáveis [...]. É com ele que enlouquecemos e deliramos [...] (Hipócrates citado por Pessotti, 2001: 51).

Nessa concepção sobre a loucura, feita por Hipócrates, há a presença de elementos regressivos e progressivos simultaneamente, o que demonstra de forma clara e incontestável o conceito de esclarecimento proposto pelos

teóricos de Frankfurt, no qual afirmam haver uma relação dialética. Ou seja, na própria concepção que poderíamos chamar de mitológica há esclarecimento e este ao tornar-se totalitário acaba por trazer em si a própria essência do mito. Assim, mito e esclarecimento são próximos.

A própria mitologia desfecha o processo sem fim do esclarecimento, no qual toda concepção teórica determinada acaba por sucumbir a uma crítica arrasadora, à crítica de ser apenas uma crença, até que os próprios conceitos de espírito, de verdade, e até mesmo de esclarecimento tenham-se convertido em magia animista. [...] do mesmo modo que os mitos já levam a cabo o esclarecimento, assim também o esclarecimento fica cada vez mais enredado, a cada passo que dá, na mitologia (Horkheimer e Adorno, 1985: 26).

O que acabamos de salientar sobre Hipócrates pode ser verificado nas concepções de loucura que se seguem, ou seja, há sempre a presença de elementos progressivos e regressivos, o que demonstra a dialética intrínseca ao esclarecimento. Assim sendo, concebemos, esses sucessivos avanços que ocorreram com relação à loucura, não de forma linear, o que evidencia nosso distanciamento radical da perspectiva de Comte que pregava a evolução em períodos sucessivos, partindo do conhecimento teológico ao positivo, passando pelo metafísico.

Platão, na obra *Timeu*, trouxe um caráter filosófico à loucura, na qual concebia o homem como constituído por três almas distintas ou uma alma com três partes que estavam relacionadas às funções racionais, afetivas ou espirituais e apetitivas, que se localizavam no encéfalo, no coração e nas vísceras respectivamente. Ele considerava a loucura como sendo o resultado de um desequilíbrio entre as três almas, o que se assemelhava à concepção de Hipócrates (Pessotti, 1999).

Cláudio Galeno, que possuía larga experiência clínica e sólida formação filosófica, buscou tanto em Hipócrates como em Platão subsídios para formular sua teorização sobre a loucura. Para tanto, ele aportou a idéia dos *pneumas*³, mediadores produzidos no cérebro - *pneuma psychicon*, no coração - *pneuma zoticom* - e no fígado - *pneuma physicon* - responsáveis pelas atividades mentais e nervosas; pela vida biológica e pelas atividades nutricionais e metabólicas respectivamente. A idéia galenista dos humores estabeleceu uma versão pneumática, ao contrário da fisiologia hidráulica e termodinâmica de Hipócrates, o que trouxe certo avanço visto que se afastou de uma teoria materialista e foi possível conceber a vida psíquica não apenas como mero reflexo de eventos somáticos, dando lugar a uma dinâmica mais complexa baseada nas interações entre os diferentes tipos de humores. Outra idéia galenista foi uma localização mais exata das três almas platônicas: a racional, no cérebro; a irascível, no coração e a concupiscível, no fígado (Pessotti, 2001). As concepções de Galeno desviam-se da fisiologia mecânica, proporcionando uma aproximação à idéia de função psíquica.

O declínio do Império greco-romano propiciou um retorno às concepções míticas e religiosas acerca da loucura. No entanto, o período que se seguiu não foi totalmente voltado ao obscurantismo como se apregoa, pois a civilização muçulmana vivia o seu apogeu e suas contribuições enriqueceram sobremaneira as idéias que haviam nascido na Grécia e em Roma.

Essa civilização estava em seu ápice durante os séculos IX e X, principalmente em Bagdá, no Cairo e em Córdoba. Não obstante, os aportes em termos de doença mental não tenham sido muitos, os árabes voltaram-se ao estudo da medicina de forma mais sistemática e científica, o que possibilitou grande

³ Elementos intangíveis, nem físicos, nem espirituais. O pneuma era algo como um sopro, um hálito, uma exalação.

avanço com relação à medicina greco-romana. O médico Ishaq ibn Amran lançou, no século IV, um importante tratado sobre a melancolia, no qual fez uma descrição pormenorizada sobre suas características e que continuam válidas até o presente momento, citando autores antigos como Hipócrates e Galeno (Beauchesne, 1989).

Apesar dos conhecimentos desenvolvidos pela cultura islâmica terem sido transmitidos para os ocidentais durante a Idade Média, a loucura interessou basicamente aos teólogos, fato que foi determinante para um retorno ao misticismo e a concepção de que a loucura estava associada à possessão demoníaca, havendo um afastamento progressivo de uma visão mais científica e racional.

Ainda que houvesse esse afastamento da cientificidade, o dever de caridade, típico do cristianismo, favoreceu a construção, nos séculos XII e XIII, de asilos destinados a indigentes e leprosos, entre eles os loucos, uma vez que a maioria dos loucos constituía-se também como indigente. Foi somente nos dois séculos seguintes que se construíram os primeiros asilos específicos para doentes mentais. Segundo Beauchesne (1989), o primeiro talvez tenha sido o de Hamburgo, em 1375. Em 1410, surgiu o *L'espital del folls* de Valência e após o de Bedlam, em Londres.

Com a consolidação do poder do cristianismo nas sociedades ocidentais a loucura, pouco a pouco, consolidou-se como algo da ordem dos espíritos e atingiu seu ponto culminante no final do século XV e início do XVI, período no qual os loucos herdaram os tratamentos que eram reservados às bruxas e estavam, também, submetidos ao famoso código de caça às bruxas publicado, em 1486, pelos teólogos James Sprenger e Heinrich Kramer: *Malleus maleficarum*⁴.

⁴ Livro disponível em português. KRAMER, Heinrich e Sprenger, James. *O martelo das feiticeiras: Malleus maleficarum*. Tradução: Paulo Fróes. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1991.

Michel Foucault (2000), em seu livro *História da loucura na Idade Clássica*, salienta que, durante o Renascimento, a loucura⁵ foi vista como algo prejudicial à sociedade. Em seu primeiro capítulo *Stultifera Navis*, ele comenta sobre a *Narrenschiff* ou a Nau dos Loucos, que a despeito de ser uma composição literária, tomou realmente forma; ela era utilizada para fazer circular de maneira errante os loucos de uma cidade a outra. As cidades empregavam essas naus com o intuito de se livrarem da loucura; os barqueiros eram contratados para deixarem os loucos em algum porto distante, para que a sociedade não tivesse que se defrontar com a insanidade. Contudo, esses mesmos barqueiros, geralmente, não cumpriam com o prometido e os desembarcavam mais cedo do que haviam prometido; por conseguinte muitos deles retornavam à sua cidade de origem.

Nem todos os loucos tinham a mesma sorte que esses errantes passageiros da Nau dos Loucos, uma vez que outra prática utilizada era a de mantê-los e alojá-los em cidades que dispunham de determinado orçamento para este fim. Contudo, isto não ocorria com o intuito de cura, eles eram, de fato, jogados em alojamentos que se assemelhavam a verdadeiras prisões. Outros ainda tinham um destino pior, pois acontecia de serem chicoteados publicamente (Foucault, 2000).

Independentemente da sorte que era lançada ao insano: nau, prisão ou chicote, o seu sentido era o mesmo - criar mecanismos de exclusão. Assim sendo, não se deparava com o estranho, com o nu, com o ocioso ou com o incômodo. Podemos pensar que ao excluí-los afastava-se da própria morte; o louco vivo é a própria presença da morte. "A loucura é o já-está-aí da morte" (Foucault, 2000: 16).

⁵ Importa dizer que loucura, doença mental e psicose são termos utilizados em diferentes contextos e momentos históricos para referir-se aos "insanos". Essa questão será retomada de forma detalhada no capítulo II desta dissertação, no qual abordaremos o acompanhamento terapêutico sob a perspectiva da Teoria Crítica da Sociedade.

No século XVII, vimos ressuscitar os asilos, porém não mais destinados aos leprosos como outrora ocorrera, eram os loucos que tomavam seus lugares junto com pobres, desempregados e vagabundos. Ao reunir nos asilos esta massa indistinta de pessoas, ficava evidente que o intuito não estava associado a alguma idéia de cunho terapêutico; essas pessoas tinham algo em comum para estarem reunidas: eram ociosas (Foucault, 2000).

No decorrer do século XVIII, o internamento tomou outro significado, ele deixou de ser destinado aos ociosos para transformar-se em instituição moral, recebendo toda e qualquer pessoa que apresentasse algum distúrbio desta ordem. Com esta mudança, o trabalho desenvolvido nos asilos distanciou-se da produção em direção à punição; ele era utilizado como meio de correção, para que os ideais burgueses de moralidade vigentes pudessem imperar (Foucault, 2000).

A partir de Pinel, inspirado nos ideais de igualdade da Revolução Francesa, houve uma mudança radical na concepção dos asilos, pois eles abrigaram, a partir desta época, somente os loucos que ganharam um novo estatuto: doentes mentais. O internamento deixou de ser uma forma de exclusão e punição, para ter um caráter médico. A loucura continuou sendo vista como um desvio do normal, a despeito de ter um tratamento mais humano.

A psiquiatria, na segunda metade do século XIX, foi institucionalizada como ramo da medicina, compartilhando suas bases positivistas acentuadas, utilizando-se dos mesmos métodos, direcionando-se ao orgânico e apoiando-se na nosografia. Como consequência criaram-se novos estabelecimentos psiquiátricos em vários países, onde a prática do internamento proliferava indiscriminadamente.

Observamos neste percurso pela loucura e seus tratamentos que ela parte de uma concepção irracional a uma baseada em

aspectos racionais. Ao ser instaurada como doença ela deixa de ter um caráter mítico, o que proporciona certo esclarecimento nos termos que os teóricos de Frankfurt retomam, ou seja, “livrar os homens do medo e de investi-los na posição de senhores” (Horkheimer e Adorno, 1985: 19)⁶.

Ao entendermos a loucura de uma forma mais científica e, conseqüentemente, modificando os tratamentos dispensados a ela, não recorrendo a explicações sobrenaturais, estávamos de fato entrando no esclarecimento, estávamos dissolvendo os mitos e os substituindo pelo saber.

No entanto, se pensarmos que o ato emblemático de Philippe Pinel de romper as correntes dos loucos nos asilos e, posteriormente, sua produção científica no tratado sobre a alienação mental era o esclarecimento necessário à desmistificação da loucura, teríamos de alguma forma estacionado no que diz respeito ao progresso com relação aos tratamentos possíveis junto a ela, pois estaríamos o concebendo de uma maneira positivista, distanciando-nos justamente do que advogamos, isto é, que o progresso é dialético. Se assim concebêssemos esse ato, estaríamos enredando-nos no caráter mitológico do esclarecimento, o que nos levaria à regressão, paralisando-nos, uma vez que não mais estaríamos refletindo sobre o conhecimento produzido.

Com relação a isso Horkheimer e Adorno comentam que:

se o esclarecimento não acolhe dentro de si a reflexão sobre esse elemento regressivo, ele está selando seu próprio destino. Abandonando a seus inimigos a reflexão sobre o elemento destrutivo do progresso, o pensamento cegamente pragmatizado perde seu caráter superador e, por isso, também sua relação com a verdade (Horkheimer e Adorno, 1985: 13).

⁶ Essa idéia também pode ser encontrada na obra de Voltaire, a qual foi recuperada pelos teóricos frankfurtianos.

O esclarecimento pressupõe reflexão e crítica. Devemos estar atentos ao processo de esclarecimento para que não caiamos vítimas do germe que nele produz regressão, isto é, o esclarecimento paralisado. O elemento regressivo deve ser alvo, sempre, de reflexão. Somente por meio de reflexão e crítica é que podemos progredir; o progresso não é teleológico, à medida que o vemos desta maneira recairemos na mitologia.

Não se trata de negar o trabalho de Pinel e seus sucessores com relação à loucura, trata-se sim de ter em mente a necessidade de reflexão sobre o esclarecimento produzido e avaliar se não estamos novamente regredindo a uma mitificação ao conceber o esclarecimento de forma paralisada. Essa capacidade de reflexão só é possível mediante certo distanciamento, o que para nós somente se desenvolve historicamente. Atualmente, podemos analisar com maior clareza o que estava acontecendo no século XVIII com relação à loucura, quando esta passou a ser considerada como uma doença.

Fica evidente o caráter progressivo nas idéias propostas por Philippe Pinel em seu *Tratado médico-filosófico sobre a alienação*⁷, pois mudanças significativas aconteceram no trato com a loucura. O louco deixou de ser visto como um insensato que era incapaz de produzir um discurso com sentido e passou a ser considerado como um alienado. Houve, indubitavelmente, progresso no que diz respeito à acumulação de habilidades e conhecimentos. No entanto, progresso não se limita a essa simples identificação. Caso nos limitássemos a isso estaríamos diante da falsa idéia de progresso, uma vez que o conceberíamos como um fim, descartando, desta maneira, uma perspectiva dinâmica de encará-lo.

⁷ Livro de Philippe Pinel publicado em 1801 e reeditado em 1809, o qual pode ser considerado como o marco de fundação da psiquiatria clínica.

O progresso não é uma categoria conclusiva. Ele quer atrapalhar o triunfo do mal radical, não triunfar em si mesmo. Pode-se imaginar um estado no qual a categoria perca seu sentido e que, no entanto, não seja este estado de regressão universal que hoje se associa com o progresso. (Adorno, 1995d: 61).

Observamos nitidamente o aspecto progressivo existente no trabalho de Pinel, visto que ele aportou um novo entendimento sobre a loucura, o que possibilitou novos tratamentos dispensados aos loucos. Todavia, a partir de uma análise aprofundada sobre esse momento histórico e uma verdadeira reflexão sobre o progresso no sentido adorniano, isto é, adentrando nele, mas mantendo certa distância que possibilite evitar os fatos paralisantes de reflexão, podemos observar que à reformulação clínica, proposta por Pinel, que demonstrava restar suficiente razão no louco a qual permitia uma intervenção terapêutica, estava associada nova forma de dominação: o saber médico.

Tal saber era incontestável e determinante, exercendo implacável coação sobre os doentes mentais. O saber médico constituiu-se efetivamente em dominação, sobretudo em virtude dos estudos semiológicos e nosográficos desenvolvidos por Jean Esquirol, discípulo de Pinel, que parecem ter influenciado Durkheim e os psicólogos americanos, pois eles "fizeram do desvio e do afastamento a própria natureza da doença: nossa sociedade não quer reconhecer-se no doente que ela persegue ou que encerra; no instante mesmo que ela diagnostica a doença, exclui o doente" (Foucault, 1975: 74).

O fato de identificarmos aspectos progressivos e regressivos não significa que esses avanços devem ser evitados e, por conseguinte, retrocedermos a estágios anteriores, uma vez que eles aportam tentativas de mitigar o sofrimento existente. Como afirma Adorno, seria tolice "contestar o

progresso só porque ele não dá conta muito bem de seus objetos, os sujeitos” (Adorno, 1995d: 54). Essa é a própria dinâmica do progresso. Sua idéia é “antimitológica por excelência, capaz de quebrar o círculo ao qual pertence. Progresso significa sair do encantamento [...] Neste sentido, poder-se-ia dizer que o progresso acontece ali onde ele termina” (Adorno, 1995d: 47).

Em meados do século passado estávamos novamente paralisados, no que diz respeito à loucura: as instituições psiquiátricas proliferavam e a exclusão e o desrespeito ao ser humano eram constantes. Assim surgiu uma nova ruptura; houve um questionamento sério e profundo das instituições psiquiátricas, o que resultou no movimento antimanicomial, o qual se iniciou na Europa e, posteriormente, se estendeu às Américas.

Enfatizamos essas sucessivas rupturas que ocorreram no trato com a loucura, pois elas evidenciam claramente como concebemos o conceito de progresso, isto é, como um processo dinâmico com possibilidade constante de mudança. Progresso é resistência.

Somente por meio de movimentos de resistência, foi possível evoluirmos no que diz respeito às intervenções junto à loucura: passando de tratamentos físicos e morais a tratamentos mais humanos, que consideram o psicótico como um ser capaz de integrar-se socialmente, deslocando-nos das intervenções tradicionais que eram características de uma visão estritamente psiquiátrica da loucura em direção ao movimento antimanicomial que favoreceu o aparecimento do acompanhamento terapêutico.

Ao determo-nos nos aspectos históricos e os avanços referentes à loucura que ocorreram desde os primórdios da humanidade até o século passado podemos observar claramente a essência do conceito de esclarecimento que os frankfurtianos

tão bem aportam em seu livro: *Dialética do Esclarecimento*. Nele, Horkheimer e Adorno (1985) salientam que a humanidade ao se fixar na busca incessante pelo conhecimento, com o intuito de dominação das forças ameaçadoras da natureza, enfatiza justamente seu caráter regressivo, pois transforma o mundo em um campo de exploração sistemática e contínua. O conhecimento, sobretudo o científico, adquire importância e poder inimagináveis. Os autores salientam, ainda, que ao dominarmos a natureza nesses termos o saber passa a ser única e exclusivamente poder, o que evidencia seu aspecto regressivo e repressivo.

O saber que é poder não conhece nenhuma barreira, nem na escravização da criatura, nem na complacência dos senhores do mundo. [...] o que os homens querem aprender da natureza é como empregá-la para dominar completamente a ela e aos homens (Horkheimer e Adorno, 1985: 20).

A psiquiatria mostra de forma exemplar essa questão: à medida que se instaura como um campo de saber da medicina e adquire poder, ela escraviza de forma desumana o louco e conseqüentemente se aliena do seu objeto, pois ao conhecê-lo, o concebe sempre da mesma forma não observando as particularidades existentes, cada louco é o representante de todos.

Da mesma forma que os autores vêem um aspecto regressivo no esclarecimento, eles indicam que o esclarecimento estava potencialmente inserido nos mitos, pois eles de uma forma primitiva buscavam também domar a natureza. Com relação à loucura isto também pode ser evidenciado, uma vez que as concepções visavam certo entendimento da loucura, ainda que não possamos considerá-las como científicas.

Portanto, mito e esclarecimento, segundo Horkheimer e Adorno (1985), são próximos, uma vez que o mito antecipava o esclarecimento na sua intencionalidade e o esclarecimento aporta a repetição que pré-existia no mito.

1.2. Reforma psiquiátrica e movimento antimanicomial

A reforma psiquiátrica e o movimento antimanicomial tiveram um papel determinante para a instauração e desenvolvimento do acompanhamento terapêutico como prática clínica voltada especialmente ao atendimento de psicóticos e neuróticos graves. Esses dois movimentos, que tiveram início na metade do século passado, foram os responsáveis por criar as condições necessárias que abriram caminho a novas práticas terapêuticas com relação à loucura, visto que por meio deles aboliu-se o enclausuramento do louco em manicômios e hospitais psiquiátricos de forma indiscriminada. Isto não significou a extinção completa de internações psiquiátricas, pois em muitos casos ela ainda é necessária e pertinente, principalmente quando o psicótico coloca em risco sua vida e a de seus familiares.

Assim sendo, antes de entrarmos propriamente na questão do acompanhamento terapêutico e de suas particularidades como clínica da loucura, convém retrocedermos à metade do século passado. Com a reforma psiquiátrica nos anos sessenta, que teve início na Inglaterra e mais tarde se estendeu à Itália e outros países da Europa, assim como aos Estados Unidos, os loucos pouco a pouco foram sendo integrados à sociedade em decorrência do fechamento de vários hospitais psiquiátricos.

Essa reforma tomou impulso devido ao contexto histórico que vivia a Europa no pós-guerra. Os hospitais psiquiátricos lembravam muito os campos de concentração, repletos de pessoas

vivendo em condições desumanas, o que não era mais tolerado. O respeito aos direitos humanos era primordial e, por conseguinte, a violência moral e física dos tratamentos deveria ser extinta. Além disso, a escassez de força de trabalho e a revalorização deste fizeram com que houvesse uma investida na reabilitação das pessoas consideradas como improdutivas.

Era fundamental inserir socialmente essas pessoas, as quais viviam grande parte de suas vidas trancafiadas em hospitais psiquiátricos e privadas de qualquer convívio social, ou seja, coerção, controle social, privação e exclusão deveriam ser abolidos da prática terapêutica. Era necessário um afastamento da psiquiatria conservadora e de suas práticas que datavam do século XIX, período em que proliferavam hospitais destinados aos alienados e cujos métodos terapêuticos nada contribuíam para a reabilitação dos enfermos.

O afastamento da clínica psiquiátrica tradicional ocorreu fundamentalmente pelas contribuições trazidas por Ronald David Laing, psiquiatra escocês, e David Cooper, médico inglês, que contestavam as instituições psiquiátricas da época e propuseram o estabelecimento de novas relações entre os doentes e aqueles que os tratam. Desde muito cedo, Laing começou a questionar a psiquiatria e sua prática em virtude do trabalho que acompanhou e desempenhou no exército britânico, no *Royal Mental Hospital* de Glasgow e finalmente na Clínica Tavistock em Londres. Por sua vez, Cooper foi o primeiro a propor uma orientação, com respeito à esquizofrenia, que diferia significativamente da abordagem clínica convencional.

A experiência da Clínica de La Borde, implementada por Jean Oury e relatada no livro *Caosmose* de Félix Guattari (1992), ainda que não tenha sido reflexo direto das idéias de Laing e Cooper, apresentava pontos bastante similares, pois se tratava

de uma experiência pioneira em psicoterapia institucional, a qual proporcionava um entendimento diferenciado da psicose a partir do impacto que o trabalho institucional poderia ter sobre ela. Buscava-se uma ruptura na relação cristalizada atendente-atendido, por meio da promoção de atividades comunitárias envolvendo tanto o pessoal técnico (médicos, enfermeiros, atendentes) como psicóticos. Dessa forma, os psicóticos iam interagindo de forma cada vez mais ativa nas tarefas da instituição propiciando um reconhecimento de seus desejos e suas habilidades, tornando-os mais amigáveis, humanos e participativos. Essa idéia levada a cabo na Clínica La Borde, objetivava que os psicóticos fossem capazes de apropriar-se novamente do sentido de suas existências, que, em geral, lhes era destituído a partir da internação nas instituições tradicionais da época, pois suas existências ficavam a cargo inteiramente do saber médico.

Foi por meio da experiência da Clínica La Borde⁸ que houve um questionamento sobre as instituições em geral e uma ênfase especial sobre as de saúde, o que desencadeou um movimento da elite da psiquiatria francesa preocupado com a instauração de serviços extra-hospitalares tais como pensões protegidas, hospitais-dia, ateliês protegidos, ambulatórios de higiene mental etc. e que apoiava a interrupção da construção de novos hospitais psiquiátricos, ao contrário do que a política de George Pompidou, presidente da França na época, preconizava; a saber: a construção de novos hospitais psiquiátricos em cada departamento⁹, os quais deveriam funcionar nos antigos moldes, ou seja, separados do tecido social, abarrotados de doentes, em regime que muito se assemelhava às prisões.

Por seu turno, as idéias revolucionárias de Laing e Cooper consistiam em conceber a psicose, sobretudo a esquizofrenia,

⁸ É importante lembrar que a Clínica La Borde não era a única a questionar-se sobre as instituições, mas, certamente, ela destaca-se entre todas as demais que compartilhavam esse mesmo questionamento.

⁹ Divisão administrativa do território francês.

como sendo iatrogênica e sociogênica, o que evidenciava uma ruptura com a concepção de doença mental proposta por Eugen Bleuler¹⁰ e que culminou com o movimento conhecido como a antipsiquiatria que considerava a loucura como um fenômeno social e cuja definição é imposta e utilizada pela sociedade com o intuito de rotular e, posteriormente, confinar aqueles sujeitos que eram rotulados como psicóticos com o aval da psiquiatria e das instituições psiquiátricas que se constituíam como instrumentos da sociedade alienante. Os psiquiatras se estabeleciam, na relação estabelecida com os doentes mentais, como cúmplices da sociedade na defesa da normalidade que ela impunha, a qual necessitava de uma submissão à ordem estabelecida, o que produzia um desconhecimento do sujeito que era considerado como doente.

Esse movimento questionou a família e o estado, convertendo a doença mental num mito, um rótulo arbitrário utilizado para desqualificar certas pessoas. Suas idéias principais encontram-se nos livros *O eu dividido* (1960/1987)¹¹ de Laing e *Psiquiatria e antipsiquiatria* (1967/1989) de Cooper e podem ser sintetizadas nos seguintes postulados:

- rechaço do modelo médico tradicional aplicado à psiquiatria e do manicômio utilizado de forma asilar, os quais são produtores de transtornos irreversíveis;
- o psiquiatra, em sua formação, deve estar preparado para lutar contra o sistema que permite as condições horríveis da assistência médica da época;
- o doente mental não é um ser anormal que deva ser modificado, senão uma vítima de um sistema patogênico que provém de um meio que manifesta constantemente as contradições e conflitos da sociedade;

¹⁰ Psiquiatra suíço que criou o termo esquizofrenia, em 1911, e que caracterizava um grupo de psicoses segundo sua forma: hebefrênica, catatônica e paranóide.

¹¹ A segunda data que consta nos parênteses refere-se aos textos utilizados por nós e que constam na referência bibliográfica.

- a doença mental é uma invenção oportunista e opressiva da sociedade e da psiquiatria. A família e o grupo no qual os sujeitos se inserem, depois de perturbá-los, os declara como doentes e os anula com os tratamentos psiquiátricos;
- a psiquiatria tradicional é um simples mecanismo de opressão e se constitui como um instrumento de violência oficial;
- não devem existir fronteiras entre pessoal encarregado dos cuidados médicos e pacientes, entre saúde e loucura;
- a esquizofrenia é a consequência de uma série de repressões perpetradas pela família e a sociedade;
- e, por fim, o lugar social em que se desenvolve a doença é que merece questionamento e não a própria loucura.

Para enfatizar essas idéias recorreremos aos comentários de Laing sobre a esquizofrenia:

a "esquizofrenia" não existe como "condição", mas apenas como rótulo de um fato social e, como fato social, é um evento político¹². Esse evento político, [...], impõe definições e consequências à pessoa rotulada. [...] A pessoa rotulada é iniciada não só num papel, mas também numa carreira de paciente, pela ação combinada de uma coalizão (uma conspiração) de família, médico assistente, inspetor de saúde mental, psiquiatras, enfermeiras, assistentes sociais psiquiátricos e, com frequência, outros pacientes. A pessoa "internada" rotulada como paciente e, especificamente, como "esquizofrênica", é rebaixada de seu pleno status existencial e legal como agente humano e pessoa responsável, despojada de sua própria definição de eu, impossibilitada de reter seus próprios bens, impedida de exercer seu discernimento para decidir com quem se relaciona e o que quer fazer. Seu tempo já não lhe pertence e o espaço que ocupa não é o de sua própria escolha. [...] ela é invalidada como ser humano (Laing citado por Friedenberg, 1975: 44).

¹² Grifo do autor.

E também a Cooper:

esquizofrenia é uma situação de crise microssocial¹³, na qual os atos e a experiência de determinada pessoa são invalidados por outras, em virtude de certas razões inteligíveis, culturais e microculturais (geralmente familiares), a tal ponto que essa pessoa é eleita e identificada como sendo "mentalmente doente" de certa maneira e, a seguir, é confirmada (por processos específicos, mas altamente arbitrários de rotulação) na identidade de "paciente esquizofrênico" pelos agentes médicos ou quase-médicos (Cooper, 1989: 16-17).

Essas idéias, ou seja, da antipsiquiatria, pouco a pouco, se espalharam pelo território europeu e produziram diferentes movimentos de acordo com as especificidades dos países em que foram propostos. Assim sendo, alguns projetos de inserção do psicótico à sociedade foram desenvolvidos. Destacamos os de Gorizia e Trieste na Itália e da Vila 21 e *Kingsley Hall* na Inglaterra. Esses projetos, até então inéditos, propunham um olhar diferente à loucura; a essa era dado espaço de expressão, o que destoava da prática psiquiátrica clássica disseminada nas instituições psiquiátricas por toda Europa, onde era comum vermos psicóticos andando em círculos o dia inteiro, gritando, aviltando-se ou deixados ao relento.

A antipsiquiatria floresceu sobremaneira na Inglaterra, uma vez que nesse país ela iniciou. A Vila 21, projeto proposto por Cooper, foi uma experiência pioneira nesse sentido e foi desenvolvida em uma enfermaria de um grande hospital a noroeste de Londres. Nela, procurou-se implementar métodos distintos das enfermarias convencionais e que buscavam

¹³ Nota do autor. O termo *microssocial* se refere a um grupo finito de pessoas em interação face a face - pessoas que vêem e são vistas, uma pela outra.

satisfazer três necessidades principais; a saber: primeiro, problemas organizacionais, sendo que um deles, era a manutenção em um mesmo ambiente, de forma indistinta, jovens adolescentes que apresentavam distúrbios de atuação e outros que apresentavam seu primeiro surto psicótico agudo com pacientes mais deteriorados psiquicamente; segundo, havia necessidade de pesquisa interativa grupal e familiar no terreno da esquizofrenia; e, por último, a instalação de um protótipo de uma pequena unidade autônoma funcionando fora do contexto institucional. Durante o período em que foi realizada essa experiência houve muita resistência às práticas liberais adotadas por Cooper, especialmente por parte da direção do hospital e dos funcionários, os quais estavam habituados aos tratamentos coercitivos tradicionais, o que culminou com a constatação da dificuldade de promover mudanças institucionais e que há limites muito rígidos, mesmo em um hospital psiquiátrico progressista. Cooper conclui, ao final, que para se avançar com relação ao tratamento psiquiátrico era necessário dar um passo para fora dos hospitais psiquiátricos e para dentro da comunidade (Cooper, 1989).

Assim sendo, Cooper, juntamente com Laing, funda, em 1965, uma comunidade para psicóticos em *Kingsley Hall*, onde ambos colocam em prática suas idéias por meio de um projeto ambicioso em termos de psicologia para época, conhecido como *Philadelphia Association*, o qual consistia em criar um modelo não-restritivo, livre de terapias medicamentosas e eletrochoques, permitindo ao psicótico explorar sua loucura e seu caos mental até o descobrimento de si mesmo.

Esse projeto tornou-se conhecido do grande público por meio da obra literária - *Viagem através da loucura* - de Mary Barnes, uma de suas usuárias. A autora relata sua estada nesta instituição e o uso de sua condição mental como veículo de expressão de sua arte. Ainda que sua experiência tenha tido o mérito de chamar a atenção da opinião pública para a maneira

como a sociedade tratava seus doentes mentais e como eram possíveis novas formas terapêuticas, o movimento antipsiquiátrico inglês não foi capaz de produzir nenhuma proposição verdadeiramente concreta de reformulação, o que pode estar associado à sua forma reducionista de conceber a loucura, isto é, como resultado de interações familiares e uma estratégia inventada pelo sujeito para viver uma vida que se tornara insuportável. *Kingsley Hall* era uma exceção (Guattari, 1992).

Parece-nos que a mais bem sucedida experiência antimanicomial européia foi a italiana, uma vez que se concentrava basicamente no campo social global, relegando a segundo plano tanto o aspecto institucional como o genealógico. Havia uma preocupação real com a inserção social da loucura, considerando suas especificidades.

Franco Baságlio, principal articulador da psiquiatria democrática italiana, assumiu a direção do Hospital Psiquiátrico de Gorizia e se deparou com a violência da instituição e com a realidade vivida pelos internos. Fatos que lhe eram, de certa forma, distantes, visto que estivera envolvido 13 anos com a vida acadêmica na Universidade de Pádua. Diante deste quadro, algumas modificações foram prontamente introduzidas, tais como o fim de qualquer tipo institucional de contenção e a instauração de reuniões e encontros entre equipe médica e internos. Essas modificações visavam fundamentalmente resgatar a dignidade de cidadãos, que lhes havia sido destituída por ocasião da internação, e abrir espaços para que pudessem influenciar na vida institucional (Barros, 1990).

Podemos observar que as modificações propostas por Baságlio se parecem muito com as experiências citadas anteriormente, isto é, buscava basicamente uma reformulação institucional com o intuito de humanizar o manicômio e dar voz

aos pacientes, mas não se abria ao exterior, mantendo-se dentro dos limites da instituição e estabelecendo relações de tutela e custódia.

No entanto, pouco a pouco, a equipe de Gorizia começou a colocar em questionamento a instituição psiquiátrica o que possibilitou uma abertura para além de seus muros cerceadores, desmistificando a idéia de periculosidade associada à loucura e promovendo uma articulação com forças sindicais, políticas e sociais. Dessa maneira, afastou-se do aspecto estritamente técnico da loucura e questões como moradia, trabalho e convívio social puderam ser colocadas em pauta. Esse movimento desencadeou no pedido de fechamento do hospital por parte da equipe de Gorizia, o que foi negado pela administração local. A equipe, por conseguinte, declarou a cura de todos os internos e pediu demissão em bloco; fato que repercutiu em várias regiões da Itália e possibilitou, a Baságlia e sua equipe, colocar em prática rapidamente os resultados da experiência de Gorizia, o que resultou na aprovação da lei 180 que previa a supressão dos hospitais psiquiátricos e a implantação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais (Barros, 1990).

Constituiu-se, assim, o movimento antimanicomial que marcou os rumos da psiquiatria italiana. Não se pode negar que o movimento italiano favoreceu a sensibilização e a mobilização do contexto social, promovendo reais modificações no que diz respeito à loucura em âmbito mundial.

Essas iniciativas européias, bem como a proposta do *Kennedy act* realizada nos Estados Unidos, foram fundamentais para uma nova concepção no tratamento da loucura. A antipsiquiatria, portanto, teve um papel importante no desenvolvimento das questões ligadas à loucura, ainda que possuísse posições reducionistas e maniqueístas. Não obstante afirmasse a inexistência da loucura e considerasse os

psiquiatras como meros agentes de repressão, ela escapa à concepção psiquiátrica tradicional, na qual era fundamental observar para determinar quais funções mentais estavam prejudicadas e, conseqüentemente prescrever um tratamento adequado, seja ele moral ou físico.

A loucura deixa de ser concebida de forma naturalista, como apenas manifestação de determinados sintomas. Ela, pouco a pouco, deixa de ser apreendida apenas como uma patologia mental impeditiva. Com essas experiências busca-se o indivíduo e suas particularidades que determinam seu modo de estar no mundo; portanto, a inserção no contexto social é fundamental. Assim sendo, houve um progresso incalculável no que diz respeito à loucura e seus possíveis tratamentos.

Entendemos esse progresso num sentido mais amplo, pois, por meio dessas experiências européias, podemos observar um primeiro passo em direção ao que viria a se constituir como uma prática clínica importante junto a psicóticos: o acompanhamento terapêutico que também é fruto do movimento antimanicomial ocorrido décadas após na América do Sul.

CAPÍTULO II

ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO E TEORIA CRÍTICA: UMA PERSPECTIVA PSICOSSOCIAL

2.1. Loucos ou psicóticos: acompanhamento de quem?

A prática do acompanhamento terapêutico nos trouxe um primeiro questionamento, a saber: acompanhamos loucos ou psicóticos? Essa pergunta que pode parecer irrelevante, à primeira vista, é fundamental quando adentrarmos o campo teórico referente a essa prática que se tem demonstrado bastante eficaz. A resposta a esse questionamento evidencia a perspectiva adotada pelo acompanhante e, conseqüentemente, influencia sobremaneira no modo como ele fará suas intervenções e o entendimento do caso a ser acompanhado.

Há diferença entre esses dois termos, ou eles são equivalentes? Ainda que em muitos textos eles apareçam como sinônimos e sejam comumente utilizados de forma indistinta - como ocorreu até esse momento em nossa dissertação - pensamos que ao adentrarmos na questão de nossa prática clínica é necessário realizarmos certa distinção entre eles. Essa diferenciação é decorrente da própria história da loucura, pois:

o aparecimento do termo psicose no século XIX vem pontuar uma evolução que levou à constituição de um domínio autônomo das doenças mentais, distintas não só das doenças do cérebro ou dos nervos - como doenças do corpo - mas também distintas daquilo que uma tradição filosófica milenar considerava "doenças da alma": o erro e o pecado (Laplanche e Pontalis, 1998: 390-391).

Partiremos do pressuposto que o termo louco remete a um entendimento social da psicose, enquanto que psicótico nos remete à área da psicopatologia por excelência. Por conseguinte, convém trazeremos certos aportes que justifiquem essa hipótese; para tanto, faremos uma breve explanação do entendimento da psicose a partir das obras de Sigmund Freud, para posteriormente trazeremos nosso entendimento da loucura como sendo um fenômeno social. Somente após fazermos essa distinção é que entraremos na questão do acompanhamento terapêutico.

2.1.1. Psicose e loucura

Ao nos dedicarmos à psicose, estamos lidando com uma clientela muito particular e sabemos, por meio da prática clínica, que os avanços conseguidos são lentos e, em muitos casos, quase imperceptíveis.

Bem antes da psicanálise, a psiquiatria já se ocupava da psicose. Esse termo, aliás, foi introduzido em 1845 pelo psiquiatra austríaco Ernst Von Feuchtersleben (1806-1849) para substituir o vocabulário loucura e definir as doenças da alma, ele aparece pela primeira vez no *Manual de psicologia médica*, segundo Hunter e Macalpine (citado por Laplanche e Pontalis, 1998). Ele era utilizado de forma distinta da neurose, uma vez que esta estava relacionada especificamente às afecções do sistema nervoso. Segundo esses autores, toda psicose era ao mesmo tempo uma neurose, uma vez que qualquer modificação no aparelho psíquico era fruto de um distúrbio do sistema nervoso, sendo que o inverso não era verdadeiro. Pouco a pouco, este termo se difundiu, sobretudo na literatura psiquiátrica alemã e era utilizado para identificar as doenças mentais em geral.

Podemos observar, por meio dessa pequena introdução, que normalmente quando a questão da psicose é abordada, ela aparece associada à neurose. No entanto, como ficou claro acima, não havia grande distinção entre esses termos. Atualmente, os termos neurose e psicose são bastante distintos, graças às contribuições de Sigmund Freud¹⁴ e não podemos deixar de mencionar o fato de que ele, ao introduzir sua hipótese acerca da gênese dos distúrbios psíquicos, ocasionou uma verdadeira revolução no pensamento da época, rompendo com as hipóteses organogênicas e estabelecendo uma teoria que dava conta desses distúrbios num âmbito que ultrapassa o de uma etiologia psicogênica. A metapsicologia freudiana inaugura, portanto, um novo paradigma à abordagem do psicopatológico.

Ainda que seja difícil determinar o papel que a psicanálise tenha desempenhado na fixação das categorias nosográficas, pois sua história possui estreita ligação à evolução das idéias psiquiátricas, a psicose foi objeto de reflexão de Freud. Mesmo antes de aparecer o termo psicose na obra freudiana, em vários momentos, ele traçou algumas considerações sobre ela.

Importantes contribuições para seu entendimento aparecem no texto de 1911: *Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia (dementia paranoides)*; mais conhecido como o Caso Schreber, no qual ele se propôs interpretar a paranóia de Doutor Daniel Paul Schreber a partir de seu livro autobiográfico intitulado *Memórias de um doente dos nervos*¹⁵. Outra contribuição de Freud sobre a psicose data de 1914 e é encontrada em *Sobre o narcisismo: uma introdução*,

¹⁴ Ainda que Freud tenha contribuído sobremaneira para a teorização da questão da psicose, não podemos deixar de mencionar que os aportes trazidos por Jacques Lacan são tidos como referência quando a pensamos no âmbito da psicanálise.

¹⁵ Livro disponível em português. SCHREBER, Daniel Paul. *Memórias de um doente dos nervos*. Tradução: Marilene Carone. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

na qual ele retoma a questão sob o ângulo da relação entre os investimentos libidinais e os das pulsões do ego no objeto.

Até o primeiro aparecimento do termo psicose na obra de Freud, o que ocorreu no final do primeiro quarto do século XX, ele havia proposto dois tipos de neurose, a saber: neuroses atuais (neurose de angústia e neurastenia) e neuroses de defesa (histeria, neurose obsessiva e paranóia). Posteriormente, ele subdividiu essas últimas em neuroses de transferência - histeria de conversão, histeria de angústia e neurose obsessiva - e neuroses narcísicas - paranóia, esquizofrenia e melancolia (Simanke, 1994)¹⁶.

Portanto, fica claro que as psicoses como as entendemos hoje derivam de um aprofundamento dos trabalhos freudianos acerca das neuroses narcísicas, o que somente ocorreu após a elaboração da segunda tópica¹⁷, com o lançamento do texto *O ego e o id*, de 1923. Com esse novo entendimento do aparelho psíquico, Freud pôde, finalmente, caracterizar a psicose e distingui-la da neurose, o que ocorreu em 1924 em seu breve texto: *Neurose e psicose*. No segundo parágrafo, ele afirma que "a neurose é o resultado de um conflito entre o ego e o id, ao passo que a psicose é o desfecho análogo de um distúrbio semelhante nas relações entre o ego e o mundo externo" (Freud, 1924a: 167)¹⁸. Consideramos que este texto é importantíssimo, uma vez que ele salienta o aspecto social da psicose, ao

¹⁶ Estudo mais aprofundado sobre as contribuições freudianas acerca da psicose pode ser encontrado em: SIMANKE, Richard Theisen. *A formação da teoria freudiana das psicoses*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1994.

¹⁷ Teoria freudiana que supõe uma divisão do aparelho psíquico em três instâncias - o id, pólo pulsional da personalidade, o ego, instância que se situa como representante dos interesses da totalidade da pessoa e como tal é investido de libido narcísica, e, por fim, o superego, instância que julga e critica, constituída por interiorizações das exigências e das interdições parentais - que possuem características e funções distintas (Laplanche e Pontalis, 1998).

¹⁸ Nas referências bibliográficas dos textos freudianos constam as datas originais de publicação, por uma questão de fidelidade histórica. No entanto, quando houver citação literal, o número da página refere-se às Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira. Rio de Janeiro, Imago, 1996.

incluir o mundo externo, a sociedade, como participante em sua gênese.

Ao mesmo tempo em que ele traz essa definição do que viria a ser a neurose e a psicose, ele desconfia da simplicidade de sua proposição, caracterizando-a como geral e até certo ponto grosseira. Assim sendo, a seguir ele busca tornar mais claro o que seria esse conflito entre o ego e o id na neurose e o ego e o mundo externo na psicose.

Freud salienta que toda neurose de transferência origina-se de uma recusa do ego em aceitar um poderoso impulso pulsional proveniente do id, isto é, o ego se defende contra esse impulso mediante um mecanismo de repressão. No entanto, essa pulsão reprimida busca manifestar-se por meios que o próprio ego desconhece conscientemente, o que faz surgir o sintoma. Assim sendo, o ego sente-se ameaçado e continua sua defesa contra o sintoma, da mesma maneira como o fez ao desviar o impulso pulsional original. Em outras palavras, podemos dizer que o ego busca estar em consonância com as determinações provenientes do superego, determinações essas que se originaram por meio da influência do mundo externo. O ego, portanto, toma partido dessas determinações contra as pulsões provenientes no id e busca contê-las por meio da repressão, instaurando-se o conflito entre ego, a serviço da realidade e do superego, e o id.

Por outro lado, na psicose há um afastamento da realidade por meio do cancelamento da percepção, isto é, o mundo deixa de ser percebido ou a forma como ele o é não apresenta eficácia. Portanto, na psicose:

não apenas é recusada a aceitação de novas percepções; também o mundo interno, que, como cópia do mundo externo, até agora o representou, perde sua significação (sua catexia). O ego cria, autocraticamente, um novo mundo externo e interno, e

não pode haver dúvida quanto a dois fatos: que esse novo mundo é construído de acordo com os impulsos desejosos do id e que o motivo dessa dissociação do mundo externo é alguma frustração muito séria de um desejo, por parte da realidade – frustração que parece intolerável (Freud, 1924a: 168).

No mesmo ano, Freud publica um novo artigo referente à psicose: *A perda da realidade na neurose e psicose*. Nele, Freud explica o mecanismo de formação tanto da neurose como da psicose, afirmando que as duas afecções ocorrem em duas etapas que podem ser consideradas como análogas. Segundo o autor, na primeira etapa haveria um afastamento do ego para longe da realidade, enquanto que na segunda o ego buscaria restabelecer um contato com a mesma.

Ainda que haja certa analogia entre neurose e psicose, Freud estabelece uma distinção fundamental entre elas com relação à perda da realidade. Na neurose, esta é secundária, o ego, ao tentar satisfazer uma exigência da realidade, reprime uma moção pulsional do id, porém essa repressão não é bem sucedida e há um retorno do reprimido que procura de alguma forma satisfazer-se e acaba afastando o ego justamente do fragmento da realidade que exigiu tal repressão. Por seu turno, na psicose, a perda da realidade é primária, pois o ego descola-se já num primeiro momento total ou parcialmente da realidade.

Recorremos a Freud:

o segundo passo da psicose, é verdade, destina-se a reparar a perda da realidade, contudo, não às expensas de uma restrição com a realidade – senão de outra maneira, mais autocrática, pela criação de uma nova realidade que não levanta mais as mesmas objeções que a antiga, que foi abandonada. O segundo passo, portanto, na neurose como na psicose, é apoiado pelas mesmas tendências. Em ambos os casos serve ao desejo de poder do id, que não se deixará ditar pela realidade. Tanto a

neurose quanto a psicose são, pois, expressão de uma rebelião por parte do id contra o mundo externo, de sua indisposição – ou, caso preferirem, de sua incapacidade – a adaptar-se às exigências da realidade [...]. A neurose e a psicose diferem uma da outra muito mais em sua primeira reação introdutória do que na tentativa de reparação que a segue.

Por conseguinte, a diferença inicial assim se expressa no desfecho final: na neurose, um fragmento da realidade é evitado por uma espécie de fuga, ao passo que na psicose, a fuga inicial é sucedida por uma fase ativa de remodelamento; na neurose, a obediência inicial é sucedida por uma tentativa adiada de fuga. Ou ainda, expresso de outro modo: a neurose não repudia a realidade, apenas a ignora; a psicose a repudia e tenta substituí-la (Freud, 1924b: 206-207).

Atualmente, quando nos referimos à psicose ela é entendida como possuidora de subdivisões - esquizofrenia, paranóia e distúrbio bipolar, sendo que essas diferentes caracterizações estão relacionadas com as distintas tentativas que os psicóticos lançam mão de restaurar a laço objetal, segundo a psicanálise, e podem ser evidenciadas por meio de distintas sintomatologias. Clinicamente, os esquizofrênicos apresentam incoerência do pensamento, da ação e da afetividade; há um afastamento da realidade e, conseqüentemente, um voltar-se para seu interior, apresentam, ainda, uma atividade delirante e mal sistematizada. Os paranóicos, por sua vez, possuem construções delirantes ricas e sistematizadas, com predomínio da interpretação e da ausência de enfraquecimento intelectual; seus delírios geralmente são persecutórios. Já as pessoas acometidas de distúrbio bipolar - psicose maníaco-depressiva - apresentam variação de humor intensa que vão da euforia à depressão, com alguns intervalos de lucidez.

Após essa breve explanação sobre as contribuições freudianas acerca da psicose, a qual vinculamos ao campo da psicanálise, abordaremos a questão da loucura com o intuito de

diferenciá-la da primeira. Como havíamos mencionado anteriormente, a concepção de loucura está basicamente associada ao social, uma comprovação disso é vista no primeiro capítulo desta dissertação, pois como podemos evidenciar essa concepção foi modificando-se no decorrer da história de acordo com o desenvolvimento da sociedade.

Quando abordamos anteriormente a questão da psicose, vimos que há diferenças nosográficas significativas quanto ao seu entendimento, as quais ao adentrar no campo da sociedade perdem por completo sua significação, uma vez que quando nos referimos à loucura essas diferenças desaparecem por completo, haja vista a quantidade de internações ocorridas em nome da loucura na Idade Clássica. Essa questão foi muito bem documentada por Michel Foucault. Na época, não importava fazer essas distinções; era considerado louco todo aquele indivíduo que não se enquadrava nos padrões sociais vigentes estabelecidos e esperados pela burguesia; loucura e exclusão se irmanaram, como podemos observar nesses trechos do livro de Foucault que apresentamos a seguir.

É bem sabido que o poder absoluto fez uso das cartas régias e de medidas de prisão arbitrárias [...] durante um século e meio, foram postos sob o regime de internamento, e que um dia foram descobertos nas salas do Hospital Geral, nas celas das 'casas de força'; percebe-se também que estavam misturados com a população das *Workhouses* ou *Zuchthäusern*. Mas nunca aconteceu de seu estatuto nelas ser claramente determinado, nem qual sentido tinha essa vizinhança que parecia atribuir uma mesma pátria aos pobres, aos desempregados, aos correccionários e aos insanos (Foucault, 2000: 48).

O que é designado nessas fórmulas não são doenças, mas formas de loucura que seriam percebidas como o extremo de defeitos¹⁹. Como se, no internamento, a sensibilidade à

¹⁹ Grifo do autor.

loucura não fosse autônoma, mas ligada a uma certa ordem moral onde ela só aparece a título de perturbação (Foucault, 2000: 136)

Se recorrermos ao traçado histórico que realizamos no primeiro capítulo desta dissertação fica evidente que a loucura está relacionada à opinião que os grupos que detêm o poder emitiram sobre ela. Na Idade Média, o poder estava nas mãos das autoridades eclesiásticas e, portanto, a opinião que eles emitiam acerca da loucura era tida como verdadeira, o que fez com que muitas pessoas tivessem como seu fim a fogueira da inquisição. Essas mesmas pessoas que foram queimadas em praça pública, entretanto, seriam consideradas como emissários dos deuses em tempos remotos e certamente seriam veneradas. Esse é apenas um exemplo de como a opinião vigente em determinada época é o que estipula o que vem a ser loucura ou não. Quando o poder de formar opinião pública passa para as mãos dos psiquiatras nova transformação ocorre no entendimento da loucura e outro tipo de pessoas é alvo de exclusão.

Foucault traz vários exemplos que comprovam nossa hipótese. Ao referir-se a Ruth Benedict, ele afirma que:

cada cultura elege algumas virtudes que formam a constelação antropológica do homem: uma cultura, como por exemplo a dos kwakiutl, elege a exaltação do eu individual, enquanto que a dos zuñi o exclui totalmente [...]. Então, cada cultura faz para si uma imagem da enfermidade, cujo perfil se desenha graças ao conjunto das virtudes antropológicas que ela deprecia ou reprime (Foucault, 1979: 84-85)²⁰.

²⁰ Tradução nossa, sendo que transcrevemos a seguir o original para que o leitor possa cotejá-la. Cada cultura elige algunas de las virtualidades que forman la constelación antropológica del hombre: una cultura, como por ejemplo la de los kwakiutl, elige la exaltación del yo individual, mientras que la de los zuñi lo excluye totalmente [...]. Entonces, cada cultura se hace una imagen de la enfermedad, cuyo perfil se dibuja gracias al conjunto de las virtualidades antropológicas que ella desprecia o reprime (Foucault, 1979: 84-85).

Outro exemplo trazido por Foucault (1979) é o caso dos zulus que se sentem débeis, estão constantemente queixando-se de dores pelo corpo, começam a chorar copiosamente diante de qualquer falta de consideração e têm convulsões. Todos esses sinais são indícios de que estão se convertendo em xamãs, o que certamente, em nossa sociedade ocidental, seria qualificada como hipocondria ou histeria. Ou seja, fica evidente que a loucura é uma concepção social.

2.1.2. Psicologia e Sociologia

Diante do exposto acima, sobre a diferença entre loucura e psicose, e, conseqüentemente, a importância que isso traz em relação à prática do acompanhamento terapêutico é necessário refletirmos sobre a relação existente entre Psicologia e Sociologia.

Retornemos, portanto, a Freud que, ao abordar a psicose, afirmou tratar-se de um conflito entre o ego e o mundo externo e posteriormente como uma incapacidade de adaptação às exigências da realidade. Não estaria ele adentrando de forma mais consistente nas questões relacionadas com a sociedade? Não estaria evidenciando o quanto somos fruto de uma sociedade que se nos apresenta de forma impositiva? Vivemos numa sociedade que permite a emancipação de seus cidadãos? Ao nos rebelarmos contra essa sociedade, nosso futuro será irremediavelmente a neurose ou a psicose?

Parece-nos que de fato Freud dá uma guinada em direção à sociedade, principalmente se levarmos em conta os textos que são reconhecidamente considerados como sociais em sua obra, tais como *O futuro de uma ilusão* (1927) e *O mal-estar na civilização* (1930). Esse último traz aportes importantíssimos quando pensamos a sociedade, visto que aborda questões que

levam ao entendimento da sociedade da época e, também da atual. Freud diz que a "vida, tal como a encontramos, é árdua demais para nós; proporciona-nos muitos sofrimentos, decepções e tarefas impossíveis" (Freud, 1930: 83). Ele aponta a origem desses sofrimentos como sendo três: nosso próprio corpo e sua degeneração; o mundo externo referindo-se à natureza e suas vicissitudes e por último nossos relacionamentos com os outros homens, sendo que considera este último como o mais árduo de todos, o que nos leva diretamente à vida em sociedade. Freud continua ao afirmar que a maneira mais imediata de lidar com o sofrimento produzido pela vida em sociedade é o isolamento voluntário, contudo reconhece que a vida em sociedade é possível desde que o bem possa ser compartilhado por todos.

Contra o sofrimento que pode advir dos relacionamentos humanos, a defesa mais imediata é o isolamento voluntário, o manter-se à distância das outras pessoas. A felicidade passível de ser conseguida através desse método é, como vemos, a felicidade da quietude. [...] Há, é verdade, outro caminho, e melhor: o tornar-se membro da comunidade humana e, com o auxílio de uma técnica orientada pela ciência, passar para o ataque à natureza e sujeitá-la à vontade humana. Trabalha-se então com todos para o bem de todos. (Freud, 1930: 85).

Fica evidente, apoiando-se nessa citação, um ponto de convergência entre Freud e os teóricos de Frankfurt, ou seja, que a melhor maneira de se viver em sociedade é por meio do esclarecimento, desde que não haja exclusão, o que vem confirmar a idéia de humanidade, desenvolvida acima, como aquilo que não exclui coisa alguma, ou melhor, ninguém.

Freud descreve de forma brilhante as várias realizações humanas que foram produzidas, até então, pelos homens com o intuito de protegê-los contra as forças da natureza e

facilitar suas vidas. Ele comenta sobre a obtenção do controle do fogo como sendo uma realização extraordinária e sem precedentes. Ele ressalta, ainda, vários inventos que facilitaram sobremaneira nossas vidas: os navios, os aviões, os óculos, o telescópio, o microscópio, a câmara fotográfica e o telefone. Salienta, também, a importância da escrita e da casa. No entanto, diríamos que, mais adiante, há um certo deslize de Freud com relação a essa idéia de humanidade, pois após fazer essa recapitulação sobre esses diversos progressos que o homem foi capaz de produzir, ele comenta que:

através de sua ciência e tecnologia, o homem fez surgir na Terra, sobre a qual, no princípio, ele apareceu como um débil organismo animal e onde cada indivíduo de sua espécie deve, mais uma vez, fazer sua entrada [...] como se fosse um recém-nascido desamparado – essas coisas não apenas soam como um conto de fadas, mas também constituem uma realização efetiva de todos – ou quase todos – os desejos de contos de fadas. Todas essas vantagens ele as pode reivindicar como aquisição cultural sua. Há muito tempo atrás, ele formou uma concepção ideal de onipotência e onisciência que corporificou em seus deuses. A estes, atribuía tudo que parecia inatingível aos seus desejos ou lhe era proibido. Pode-se dizer, portanto, que esses deuses constituíam ideais culturais. Hoje, ele se aproximou bastante da consecução desse ideal, ele próprio quase se tornou um deus. É verdade que isso só ocorreu segundo o modo como os ideais são geralmente atingidos, de acordo com o juízo geral da humanidade. Não completamente; sob certos aspectos, de modo algum; sob outros, apenas pela metade (Freud, 1930: 97-98).

Quando salientamos sobre o deslize cometido por Freud estávamos referindo-nos principalmente a esta última parte da citação acima na qual ele menciona que os ideais a serem atingidos estão de acordo com a humanidade e que há a possibilidade de haver exclusão, pois eles podem ser atingidos

apenas parcialmente ou mesmo nunca serem atingidos. Essa aceitação da exclusão fica todavia mais explícita quando em algumas páginas a seguir ele escreve que:

o resultado final seria um estatuto legal para o qual todos – exceto os incapazes de ingressar numa comunidade – contribuíram com um sacrifício de seus instintos, que não deixa ninguém – novamente com a mesma exceção – à mercê da força bruta (Freud, 1930: 102).

Assim sendo, Freud, ao conceber que possa haver pessoas incapazes de ingressar numa sociedade, dá nítida anuência à possibilidade da existência de excluídos, o que no nosso entender, propicia pensarmos um certo distanciamento entre os frankfurtianos e Freud, pois, ao nos apropriarmos de parte da obra dos teóricos de Frankfurt, fica quase impensável que eles possam admitir a idéia de humanidade em que haja qualquer tipo de exclusão. Entretanto, esse deslize não macula o texto de Freud, uma vez que ele traz contribuições riquíssimas para pensarmos a civilização e seu desenvolvimento.

Pensar a psicose a partir de uma perspectiva social sempre causou certo incômodo aos psicanalistas; no entanto, buscamos no próprio texto freudiano, que certamente é a origem da psicanálise, alguns elementos que dão sustentação a essa perspectiva. Freud salienta que:

pode-se tentar recriar o mundo, em seu lugar construir um outro mundo, no qual os aspectos mais insuportáveis sejam eliminados e substituídos por outros mais adequados a nossos desejos. Mas quem quer que, numa atitude de desafio desesperado, se lance por este caminho em busca da felicidade, geralmente não chega a nada. A realidade é demasiado forte para ele. Torna-se um louco; alguém que, a

maioria das vezes, não encontra ninguém para ajudá-lo a tornar real o seu delírio (Freud, 1930: 89).

Portanto, algumas pessoas ao se lançarem na difícil tarefa de distanciamento do sofrimento, o qual é imposto por uma sociedade de consumo, na qual a irracionalidade das relações é cada vez mais vigente, começam a considerar a sociedade como sua inimiga, acabando por se excluir totalmente dela, rompendo todos os laços que as ligam a ela e, conseqüentemente, recriam mentalmente um mundo novo, dando lugar, assim à loucura. Esse caminho não é de forma alguma menos penoso e sofrido do qual a sociedade nos impõe, o louco sofre. Basta conviver com a loucura para sabermos e compreendermos o quanto há de sofrimento nesta saída.

Parece-nos, por conseguinte, que, na citação acima, Freud dá ao social a relevância que este merece. Somente após anos de contribuições para a psicologia individual ele rendeu-se à psicologia social. Não é por acaso que ele comenta, já, na introdução de *Psicologia de grupo e a análise do ego* que:

o contraste entre a psicologia individual e a psicologia social ou de grupo, que à primeira vista pode parecer pleno de significação, perde grande parte de sua nitidez quando examinado mais de perto. É verdade que a psicologia individual relaciona-se com o homem tomado individualmente e explora os caminhos pelos quais ele busca encontrar satisfação para seus impulsos instintuais; contudo, apenas raramente e sob certas condições excepcionais, a psicologia individual se acha em posição de desprezar as relações desse indivíduo com os outros. Algo mais está invariavelmente envolvido na vida mental do indivíduo, como um modelo, um objeto, um auxiliar, um oponente, de maneira que, desde o começo, a psicologia individual, nesse sentido ampliado mas inteiramente justificável das palavras, é, ao mesmo tempo, também psicologia social (Freud, 1921: 81).

Ousamos inclusive afirmar que, nesse momento, Sigmund Freud torna-se um psicólogo social e, conseqüentemente, percebe a força da sociedade sobre o sujeito. Nesse sentido, Adorno (1991), em seu texto "*De la relación entre sociología y psicología*²¹", faz uma crítica contundente aos psicólogos que o sucederão, sobretudo os norte-americanos, com suas teorias que primavam pelo fortalecimento do ego, ao afirmar que a reverência à psicologia individual levou aos homens a ilusão de que seus destinos dependem única e exclusivamente de como estejam constituídos, como se o interior fosse totalmente independente do exterior, como se a subjetividade não estivesse mediada socialmente.

A realidade é, portanto, demasiadamente forte e favorece o enfraquecimento da consciência. A sociedade de consumo e as condições de trabalho aprisionam o homem e produzem uma cisão entre seus atos sociais e sua consciência, visto que a realidade cotidiana é marcada pela não reflexão, propiciando o surgimento de uma falsa consciência, o que leva a alienação.

Temos a impressão que nossa verdade é própria e interna; no entanto, isto é apenas uma percepção superficial, pois nossa verdade não nos pertence, ela é estabelecida pela sociedade. Essa falsa crença de que somos sujeitos e senhores de nós mesmos ocorre porque a sociedade não se reflete de forma especular nos indivíduos. Como afirma Adorno:

o indivíduo isolado, o puro sujeito da autoconservação, encarna o princípio mais íntimo da sociedade com respeito à qual se encontra em oposição absoluta. [...] É uma mônada, no sentido estrito de que representa o todo com suas contradições sem que, não obstante, seja em absoluto

²¹ Todas as citações referentes ao texto "*De la relación entre sociología e psicología*", de Theodor W. Adorno, apresentadas nesse trabalho são traduções nossas. Apresentamos também o texto original em nota de rodapé para que o leitor possa cotejá-lo com a tradução realizada.

consciente da totalidade social. Mas na configuração de suas contradições não há uma comunicação constante e progressiva com o todo, aquelas não procedem imediatamente de sua experiência. A sociedade cunhou nele a individuação como fragmento, e enquanto relação social, esta toma parte no seu destino. A "psicodinâmica" é a reprodução de conflitos sociais no indivíduo, mas não de forma que meramente copie as tensões atuais (Adorno, 1991: 156-157)²².

Partindo da perspectiva adorniana, fica claro que em todo e qualquer indivíduo de uma sociedade encontraremos a reprodução dela própria, independentemente de que maneira este indivíduo se insere nela. Ou seja, sua psicodinâmica é o próprio retrato da sociedade, ainda que, muitas vezes, ao nos depararmos com essa multiplicidade de funcionamentos psíquicos, possamos pensar que se trata de questões bastante distintas. Como sabiamente Adorno coloca na última frase da citação, o que se reproduz no indivíduo nunca é o retrato fiel dos conflitos sociais, mas, sim, trata-se de uma imagem distorcida da própria sociedade.

É incontestável, portanto, a assimetria existente entre indivíduo e sociedade, esta é muito mais forte do que aquele. A sociedade, pouco a pouco, leva o indivíduo a regredir a uma forma que seja fundamental à sobrevivência da mesma. O indivíduo torna-se cego aos ditames da sociedade e se vê incluído em uma massa indistinta de pessoas que possuem as mesmas necessidades, porquanto são externas a elas próprias.

²² El individuo aislado, el puro sujeto de la autoconservación, encarna el principio más íntimo de la sociedad con respecto a la que se encuentra en oposición absoluta. [...] Es una mónada, en el sentido estricto de que representa al todo con sus contradicciones sin que, no obstante, sea en absoluto consciente de la totalidad social. Pero en la configuración de sus contradicciones no hay una comunicación constante y progresiva con el todo, aquéllas no proceden inmediatamente de su experiencia. La sociedad ha troquelado en él la individualización como fragmento, y en tanto que la relación social, ésta toma parte en su destino. La "psicodinámica" es la reproducción de conflictos sociales en el individuo, pero no de forma que meramente copie las tensiones actuales (Adorno, 1991: 156-157).

A capacidade humana de raciocinar sobre seus atos, sobre a realidade que os circunda, diminui consideravelmente; os homens, paulatinamente, passam por um processo de alienação chegando a se reificarem; tal característica passa a ser típica de sua realidade objetiva, e acabam por desconhecer suas possibilidades.

Freud é claro acerca do poder da sociedade sobre o homem e o processo de reificação pelo qual este passa em *O mal-estar na civilização*, ao afirmar que:

o poder dessa comunidade é então estabelecido como direito, em oposição ao poder do indivíduo, condenado como força bruta. A substituição do poder do indivíduo pelo poder de uma comunidade constitui o passo decisivo da civilização. Sua essência reside no fato de os membros da comunidade se restringirem em suas possibilidades de satisfação, ao passo que o indivíduo desconhece tais restrições (Freud, 1930: 101-102).

Fica evidente nessa passagem que os indivíduos se encontram à mercê do que a sociedade lhes impõe e que eles ignoram a mediação da sociedade em suas ações, o que nos leva a afirmar que eles estão constituídos como mônadas no sentido leibniziano da palavra. Isto é, há um agregado de indivíduos que vivem de forma, até certo ponto, harmoniosa em virtude de uma predeterminação da divindade, lê-se aqui predeterminação da sociedade.

Com relação a isso, observamos outro ponto de convergência entre o pensamento freudiano e adorniano, sobretudo no que diz respeito à influência que a sociedade exerce sobre os indivíduos e sua constituição como mônadas, conceito recorrente na obra de Theodor W. Adorno.

Se isso que afirmamos acima é correto, deveríamos nos voltar mais em direção à sociologia no entendimento das relações humanas; caso questionemos essa afirmação voltar-nos-íamos a uma explicação fundamentalmente psicológica de tais relações. Vemo-nos, portanto, diante de um impasse sério: somos fruto de relações intersubjetivas, entendendo estas como realizadas entre sujeitos autônomos e conscientes, ou de relações monadológicas, ou seja, entre indivíduos socialmente mediados, sem que tenham consciência de tal mediação? Para que possamos responder a esse questionamento é necessário pensarmos a relação entre duas disciplinas: a sociologia e a psicologia.

Que tipo de relação se estabelece entre as duas? Haveria separação entre elas? A separação entre sociedade e indivíduo, conseqüentemente, sociologia e psicologia é falsa e verdadeira ao mesmo tempo. Podemos considerá-la falsa se a aceitamos como renúncia ao conhecimento da totalidade; verdadeira se ela diz respeito a uma separação que não é apenas conceitual, mas, também, da ordem do real, ainda que muitos conceitos sejam utilizados por ambas disciplinas. Assim, reiteramos que, ao analisarmos nossa sociedade, verificamos que essa separação não é somente de ordem conceitual; há uma verdadeira cisão entre indivíduo e sociedade.

A sociologia quando se volta exclusivamente ao fato social em busca de um entendimento dito puramente científico, próprio das ciências naturais, abandona uma parte importantíssima do fato social que é o sujeito e sua espontaneidade, criando uma sociologia sem sociedade e perdendo conseqüentemente o objeto social. Por outro lado, a psicologia ao direcionar-se ao sujeito e buscar nele única e exclusivamente as explicações de suas atitudes não consegue explicar condutas socialmente relevantes. Por conseguinte, cabe à sociologia trazer para si o fator subjetivo com o intuito de se fazer mais densa e trazer entendimentos sociais mais relevantes. Assim sendo, é

"necessário completar a teoria da sociedade com a psicologia, sobretudo uma psicologia social psicanaliticamente orientada" (Adorno, 1991: 136)²³.

É lícito, portanto, afirmar que esse distanciamento entre a psicologia e a sociedade é apenas aparente; a sociedade se estende por todo o psicológico. Como suas marcas nunca são encontradas diretamente, é fundamental o rompimento da mônada em que o sujeito se constituiu para que possamos produzir o conhecimento da realidade do objeto.

Por conseguinte, somente por meio da cisão, da diferença entre as duas disciplinas é que poderemos chegar ao entendimento do objeto, devemos buscá-lo na explicação não harmônica, isto é, devemos realizar um confronto entre uma psicologia social analiticamente orientada e a teoria da sociedade, somente assim é que o objeto pode ser apreendido e, conseqüentemente, desvenda-se a totalidade. Assim sendo, podemos afirmar que o indivíduo adoce pela ação da sociedade e se constitui psiquicamente de forma distinta, porque como afirmamos anteriormente, os conflitos sociais não se apresentam de forma especular no indivíduo; conseqüentemente, as neuroses e psicoses podem ser apreendidas desta, e não é por meio do conhecimento puro e exclusivo das relações edipianas, entendendo-as sem a mediação social que a permeia, que podemos chegar à "cura", o que evidencia a importância de buscar no particular, na análise dos indivíduos, a mediação da sociedade, para não os concebermos limitados a uma simples relação triangular, uma vez que nessa relação a sociedade se faz presente.

De forma bastante irônica, justo a ciência na qual esperavam encontrar-se a si mesmos como sujeitos os

²³ Necesario completar la Teoría de la sociedad con la Psicología, sobre todo una Psicología social orientada psicoanalíticamente (Adorno, 1991: 136).

transforma por sua própria configuração uma vez mais em objetos, às custas de uma concepção de conjunto que não tolera esconderijo algum no qual pudesse se esconder alguma subjetividade independente, não preparada socialmente (Adorno, 1991: 155)²⁴.

Ambas disciplinas são importantes, principalmente se não cairmos na tentação de querer unificá-las, colocá-las sob a mesma égide, harmonizá-las, pois se assim procedêssemos, estaríamos regredindo à antiga busca pela padronização das ciências, que por muito tempo queria colocar sob os mesmos princípios as ciências naturais e sociais, o que se constatou ser um equívoco do positivismo. Temos que buscar o confronto entre elas para que possamos produzir o conhecimento do objeto.

Esse grito de batalha de "integração das ciências" expressa o irremediável, não um movimento de avanço. Antes é de se esperar que salguarde seu núcleo de generalidade e faça voar pelos ares seu caráter de mônadas a insistência no específico, no cindido, que uma síntese conceitual do realmente desagregado que trouxesse alguma unidade à desagregação. O conhecimento não tem poder para outra totalidade senão a antagônica, e somente em virtude da contradição é capaz de alcançar alguma totalidade (Adorno, 1991: 149-150)²⁵.

²⁴ De forma bastante irônica, justo la ciência em la que esperaban encontrarse a si mismos como sujetos les transforma por su propia configuración una vez más en objeto, por encargo de una concepción de conjunto que ya no tolera madriguera alguna en la que pudiera esconderse alguna subjetividad independiente, no preparada socialmente (Adorno, 1991: 155).

²⁵ Ese grito de batalla de "integración de las ciencias" expresa lo irremediable, no um movimiento de avance. Antes es de esperar que salguarde su núcleo de generalidad y haga volar por los aires su carácter de mónada la insistencia en lo específico, en lo escindido, que no una síntesis conceptual de lo realmente disgregado que viniera brindar alguna unidade a la disgregación. El conocimiento no tiene poder para otra totalidad que la antagónica, y sólo en virtud de la contradicción es capaz de alcanzar alguna totalidad (Adorno, 1991: 149-150).

É mais produtivo e consegue-se um maior conhecimento sobre determinado objeto, quando nos aprofundamos numa teoria. Ou seja, querer abarcar de forma holística todos os fatores que estão envolvidos em um fenômeno revela muito menos da totalidade do que um mergulho quase insano em uma única teoria (Adorno, 1991). Isso faz uma diferença enorme no trabalho do acompanhante terapêutico, pois, partindo de uma teoria, ele pode realizar seu trabalho de forma a captar seu objeto. Ainda que caiba ao acompanhante terapêutico²⁶ decidir se buscará um entendimento do caso única e exclusivamente com base nas relações edípicas ou se adotará uma compreensão social. Entretanto, é importante afirmar que, devido ao contexto biopsicossocial que ordena o fenômeno da psicose, a abordagem social, em nosso entender, propiciará uma prática mais bem sucedida e adequada, ainda que saibamos que há outros enfoques que são utilizados, os quais, muitas vezes, se limitam a uma transferência da clínica tradicional para a rua ou para a casa do acompanhado. De qualquer forma, não podemos esquecer que o trabalho de acompanhar terapêuticamente uma pessoa, nos coloca diante de um indivíduo cujo sofrimento é evidente.

2.2. Acompanhamento terapêutico: uma prática sulamericana

²⁶ Cabe salientar que essa decisão não fica apenas a cargo do acompanhante terapêutico, uma vez que geralmente o trabalho de acompanhamento terapêutico é realizado em conjunto com uma equipe multidisciplinar. Portanto, é uma decisão que é tomada em comum acordo entre equipe e acompanhante.

Não obstante o embrião do movimento antimanicomial sul-americano tenha sido o mesmo que o europeu, ou seja, a desinstitucionalização da loucura por intermédio do desmantelamento dos hospitais psiquiátricos acabando com a prática do internamento, os contextos históricos eram muitos distintos e, portanto, devemos entendê-los em suas particularidades. Segundo Amarante (1995), países como Brasil, França, Inglaterra e Itália têm experiências singulares sobre a reforma psiquiátrica e devem ser vistas de acordo com o cenário social vigente, ou seja, ter leituras particulares.

No Brasil, os efeitos do pós-guerra não tinham o mesmo peso que na Europa, mas as condições de nossos hospitais psiquiátricos nada diferenciavam das dos europeus, isto é, pessoas em condições subumanas perambulando de um lado a outro e deixadas sem cuidados mínimos, aviltando-se na sujeira e nos próprios excrementos. Podemos até mesmo inferir que as condições eram inferiores, se compararmos nosso sistema de saúde com o europeu. Assim sendo, convém abordar a contextualização do movimento antimanicomial brasileiro, ainda que a influência européia seja inegável.

Com a emergência dos movimentos sociais ocorridos no final da década de 70, a questão do direito à cidadania dos usuários em saúde mental começa a fazer parte de ações políticas, principalmente em áreas onde há maior desenvolvimento sócio-econômico - regiões sul e sudeste do Brasil. Estes movimentos sociais associados à perspectiva de municipalização do sistema de saúde pública abriram espaços privilegiados de mudança o que culminou com a efetivação do movimento antimanicomial brasileiro.

Marco importante neste movimento foi a elaboração do projeto de lei 3657/89, de autoria de Paulo Delgado, que deu um aspecto legal à luta antimanicomial. Luta que teve vários méritos, entre os quais podemos citar:

a denúncia da burocratização do movimento de saúde mental dentro do aparelho de estado, e a busca de mobilização democrática mais aberta na sociedade para a luta e o interesse no campo; a explicitação da questão da estratégia política do movimento em relação ao que fazer com os hospitais psiquiátricos tradicionais e a colocação da importância da clientela de risco e do programa de desinstitucionalização como prioridades da política de saúde mental (Vasconcelos, 1992: 63).

Embora houvesse um apoio legal para a efetivação do movimento, este não ocorreu de forma rápida e fácil, vários foram os entraves encontrados no decorrer dos anos de implantação de uma nova política de saúde com relação à loucura. Entre eles podemos citar a resistência das famílias em receber seus parentes doentes; a pressão realizada pelos empresários da loucura; a classe médica resistente a alternativas que a destituisse de seus poderes etc.. Para driblar alguns desses obstáculos, alguns cuidados foram fundamentais no desenvolvimento do processo de desinstitucionalização.

Em nosso caso, estaremos mais voltados aos serviços substitutivos. A simples extinção dos hospitais psiquiátricos não era garantia de que a reforma seria bem sucedida, era necessário não reduzi-la a uma questão de ordem espacial. Por conseguinte, a diminuição do número de leitos oferecidos aos psicóticos²⁷ deveria vir acompanhada de estratégias sólidas com relação à criação e manutenção de serviços substitutivos à internação. Ou seja, era necessário o estabelecimento de outros serviços que dessem conta desta clientela, que não estava mais sujeita a internações sucessivas, desnecessárias e, em muitos casos, involuntárias. Atualmente não se prima

²⁷ Esta diminuição de leitos diz respeito, também, às pessoas com sofrimento psíquico em geral.

pelo internamento dos loucos, esta atitude é tomada como última alternativa no seu tratamento.

Nesse sentido, vários serviços foram criados para dar suporte aos usuários da saúde mental: hospitais-dia; centros de referência em saúde mental; plantões psiquiátricos, para atender as emergências; equipes de saúde mental lotadas em unidades sanitárias básicas para manutenção de tratamento de usuários que se encontram estabilizados; entre outros. Todavia, esta era e é uma realidade de apenas algumas cidades brasileiras, em especial em municípios cujos governos locais mostram-se mais comprometidos com a proposta da reforma psiquiátrica. Atualmente, em algumas cidades, conta-se com o trabalho de acompanhante terapêutico, como mais um serviço substitutivo à internação.

O trabalho de acompanhamento terapêutico no Brasil vem se firmando como uma alternativa sólida no tratamento a psicóticos, a ponto de estarem surgindo em várias cidades grupos de acompanhantes terapêuticos preocupados não somente em atuar como tal, mas também em teorizar sobre esta prática clínica. Teorização que inicialmente era muito pequena e que contava basicamente com o livro *Acompanhantes terapêuticos e pacientes psicóticos: manual introdutório a uma estratégia clínica* das argentinas Suzana Kuras de Mauer e Silvia Resnizky; atualmente já dispomos de publicação nacional de excelente qualidade especializada no assunto²⁸.

A primeira publicação nos chegou da Argentina em virtude de ter sido naquele país que surgiu a figura do acompanhante terapêutico, inicialmente denominado de amigo qualificado, pelo doutor Eduardo Kalina, que desenvolvia, no CETAMP²⁹, Buenos Aires, um trabalho voltado a pacientes com distúrbios graves, que tinham um histórico de fracassos terapêuticos e,

²⁸ Alguns desses livros serviram de base para esta dissertação e estão relacionados nas referências bibliográficas.

²⁹ Centro de Estudio y Tratamiento de Abordaje Múltiple en Psiquiatria.

conseqüentemente, eram muito resistentes a qualquer tipo de intervenção. Por conseguinte, era necessário criar uma alternativa terapêutica que pudesse atingir esses pacientes que se demonstravam tão resistentes (Mauer e Resnizky, 1987).

Segundo as autoras, percebeu-se no decorrer da prática clínica que a denominação de amigo qualificado era incompatível com o tipo de relação que se estabelecia entre acompanhante e acompanhado. Não havia amizade. A relação implantada era assimétrica e, portanto, não cabia tal nomenclatura, ainda que em muitas ocasiões os pacientes nos identifiquem como seus amigos e estabeleçamos laços afetivos muito fortes.

A consciência dessa assimetria é fundamental no desempenho de nossas funções, pois ela nos remete ao que há de terapêutico na relação estabelecida e nos mostra o papel que devemos desempenhar junto ao acompanhado, ou seja, deslocarmos do papel de amigo que constantemente nos é demandado para que possamos nos diferenciar e ter um olhar e uma escuta clínica, sem que isto signifique um rompimento de vínculo, que impediria qualquer abordagem terapêutica.

Tanto argentinos quanto brasileiros perceberam, de forma muito apropriada, a inconsistência que havia nas nomenclaturas utilizadas em ambos os países, embora as justificativas para tal modificação fossem distintas.

No Brasil, o acompanhante terapêutico deriva da figura do auxiliar-psiquiátrico, que muito se assemelhava ao amigo qualificado e que chegou em solo brasileiro por intermédio da médica argentina Carmen Dametto que se radicou em Porto Alegre trabalhando na Clínica Pinel, durante sua formação como psiquiatra. Posteriormente, ela transferiu-se para o Rio de Janeiro para atuar na Clínica Vila Pinheiros, instituição psiquiátrica que funcionava como uma comunidade terapêutica

que prestava atendimento em regime integral a psicóticos (Serenó, 1996).

O auxiliar-psiquiátrico era uma função importantíssima nas primeiras comunidades terapêuticas no Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre, na década de 60, pois aportava um novo conceito no tratamento da loucura. Conforme César Ibrahim (1991), ele desempenhava não só as funções de proteção, vigilância e contenção dos pacientes, práticas habituais das instituições psiquiátricas da época, mas mantinha uma relação interpessoal mais próxima, visto que acompanhava o paciente de forma personalizada, intensiva e tecnicamente preparada.

Com o fechamento progressivo dessas comunidades, no final da década de 70, e a volta das instituições psiquiátricas, houve um retrocesso no processo de desinstitucionalização, o que proporcionou um retorno às práticas de exclusão e tratamentos desumanos.

Voltavam a predominar, [...], a contenção farmacológica violenta, os eletrochoques, o desrespeito pela pessoa do interno, restabelecendo a velha figura do malfadado 'leito psiquiátrico', que tornava a ser uma excelente fonte de lucros dos velhos empresários da loucura (Ibrahim, 1991: 45).

Entretanto, uma parte dos profissionais de saúde - psiquiatras e psicólogos - que comungavam com os ideais reformistas continuou a solicitar o trabalho do auxiliares-psiquiátricos, o qual passou a ser excêntrico às instituições o que possibilitou sua inserção no universo doméstico da loucura. Criou-se, assim, uma nova dimensão tanto no desempenho de suas funções como no entendimento da loucura. Não obstante o auxiliar-psiquiátrico tivesse perdido a segurança que a instituição lhe oferecia, ele ganhou no

contato mais intenso com a loucura, ao inserir-se no cotidiano do paciente (Ibrahim, 1991).

Essa mudança proporcionou ao auxiliar-psiquiátrico observar mais intensamente o dia-a-dia do ambiente familiar. Todavia, isso trouxe vários questionamentos, principalmente sobre se a postura adotada não era exatamente igual à desenvolvida no interior das instituições psiquiátricas. Que tipo de trabalho era desenvolvido: proteção, vigilância e contenção, nos velhos moldes das instituições psiquiátricas? Qual o respaldo que teriam em suas intervenções? Poderiam, eles, ser responsáveis pelo desencadeamento de uma crise mais grave? Qual o limite de suas intervenções no âmbito familiar? Essas e muitas outras indagações fizeram com que, pouco a pouco, o trabalho do acompanhamento terapêutico fosse se constituindo como uma nova prática de intervenção junto à loucura.

A prática do acompanhamento terapêutico veio se modificando com o decorrer do tempo, podemos, inclusive, afirmar que ela é consideravelmente distinta deste primeiro momento em que ainda se chamava de auxiliar-psiquiátrico. Esse câmbio é fruto de momentos de reflexão sobre tal prática; e foi por meio do fazermos-nos acompanhantes terapêuticos, lidando com a loucura de forma diferenciada, e pensarmos nossa atividade não apenas como tal, mas pensando-a como parte integrante da sociedade e suas contradições, é que nos possibilitou uma teorização sobre o assunto. Ou seja, pensando de modo crítico é que foi possível desenvolver e transformar a função desempenhada pelo acompanhante terapêutico.

Como afirma Max Horkheimer:

[...] a função da teoria crítica torna-se clara se o teórico e a sua atividade específica são considerados em unidade dinâmica com a classe dominada, de tal modo que a exposição

das contradições sociais não seja meramente uma expressão da situação histórica concreta, mas também um fator que estimula e que transforma (Horkheimer, 1975: 144).

Enquanto mantínhamo-nos distanciados da loucura, vendo-a e lidando com ela de forma tradicional, era impossível desenvolvermos uma intervenção diferente da que vinha sendo utilizada desde a instauração da psiquiatria.

Ao sairmos dessa visão estritamente médica e descritiva foi possível direcionarmo-nos a algo antes impensado: a inclusão social do louco, porque a doença mental não está restrita a seus aspectos negativos, ela "apaga, mas sublinha; abole de um lado, mas é para exaltar do outro; a essência da doença não está somente no vazio criado, mas também na plenitude positiva das atividades de substituição que vêm preenchê-lo" (Foucault, 1975: 24). Ao utilizarmos essa citação não estamos dando um caráter romântico à doença mental e exaltando-a, mas queremos salientar que ela não é incapacitante e restritiva como geralmente é vista.

A experiência adquirida pelos auxiliares-psiquiátricos ao se distanciarem das instituições psiquiátricas e se inserirem no âmbito familiar unida a crescente repercussão desse trabalho propiciaram importantes questionamentos sobre a prática que era exercida.

Em 1984, os auxiliares-psiquiátricos se reuniram no Rio de Janeiro para um encontro no qual discutiram principalmente se não estavam reproduzindo os mesmos princípios da psiquiatria tradicional, porém em âmbito familiar. A partir desse questionamento, os auxiliares-psiquiátricos se dirigiram ao social em busca de uma nova identidade que culminou com o surgimento da denominação: acompanhante terapêutico (Serenó, 1996). Esse momento marcou o início da prática do acompanhamento terapêutico que visava basicamente uma ruptura

com relação ao que era praticado até então em termos de terapia voltada a psicóticos, fosse ela praticada em âmbito institucional ou familiar, visto que ambas estavam baseadas na tradicional psiquiatria.

A prática do acompanhamento terapêutico que primeiro nos chegou da Argentina serviu como base para o desenvolvimento do que veio a se constituir a prática brasileira. No entanto, acreditamos que algumas mudanças significativas foram introduzidas e muitas ainda estão por vir, principalmente se considerarmos que se trata de uma prática relativamente nova e que ela está ainda muito vinculada à estrutura psíquica do acompanhado e não há reflexões significativas acerca da questão social que se apresenta constantemente durante um acompanhamento terapêutico. Nesse sentido, cremos que a Teoria Crítica da Sociedade tem muito a acrescentar sobre tal prática terapêutica.

As argentinas Mauer e Resnizky (1987) salientam que as principais funções do acompanhante terapêutico são:

- conter o paciente: é a característica primeira e fundamental e deve ser entendida como a capacidade de dar suporte ao acompanhado em todos os momentos por ele vivido;

- oferecer-se como modelo de identificação: ajudar no rompimento de modelos estereotipados de vinculação que propiciam a permanência na condição de doente mental e oferecer a possibilidade de adquirir, por identificação, mecanismos de defesa mais adaptáveis;

- emprestar o ego: servir de ego auxiliar assumindo funções que o acompanhado não consiga desempenhar em virtude de sua enfermidade;

- perceber, reforçar e desenvolver as capacidades criativas do acompanhado: com o objetivo de estimular o reencontro com a realidade que o circunda;

- informar sobre o mundo objetivo do acompanhado: visa uma compreensão global da situação do acompanhado o que facilita a abordagem realizada por outros profissionais que estão envolvidos em seu tratamento;

- representar o terapeuta: auxilia no trabalho de elaboração dos conteúdos que são trabalhados na psicoterapia individual que porventura não foram capazes de serem elaborados pelo acompanhado;

- agente ressocializador: atenua o distanciamento que ocorre entre o mundo do psicótico e a sociedade, servindo de instrumento de inserção social;

- servir como catalisador das relações familiares: facilita a relação entre o acompanhado e seus familiares.

A experiência argentina tem indicações bastante definidas e compartimentadas do que viriam a ser as funções do acompanhamento terapêutico, o que nos parece uma perspectiva essencialmente positiva de uma prática que tem como objeto o humano e conseqüentemente o social. Podemos observar que as autoras trazem contribuições importantes à prática do acompanhamento terapêutico, tais como a necessidade de servirmos de elemento de contenção e suporte ao acompanhado; facilitarmos algumas relações familiares que, às vezes são extremamente complicadas e cerceadoras das capacidades do acompanhado e servirmos como agente que facilita o deslocamento do psicótico em uma sociedade que lhe é extremamente hostil.

No entanto, não podemos nos furtar de fazer algumas ressalvas quanto às propostas sobre as funções que o acompanhante deve exercer. Ao afirmarem ser nossa função servirmos de modelo de identificação com o intuito de proporcionar, ao acompanhado, mecanismos de defesas mais adaptáveis, sentimo-nos na obrigação de salientar que de forma alguma devemos servir como modelos que leve à adaptação do

acompanhado à situação que impera em nossa sociedade atual; devemos, sim, é servirmos como instrumento para que o acompanhado possa perceber as situações que o circundam e seja capaz de se colocar frente a elas enquanto instrumento de resistência.

Outro ponto que nos parece importante salientar é a questão de emprestarmos nosso ego como modelo. Emprestar o ego seria colocarmo-nos em uma situação de superioridade perante o acompanhado, sem levar em consideração seus desejos e sua subjetividade. Ainda que, em muitas ocasiões, em virtude de sua enfermidade, o acompanhado não consiga tomar decisões não podemos nos adiantar e tomá-las por ele, devemos estar ao seu lado para que ele próprio consiga produzir condições suficientemente autônomas e possa assumi-las perante o outro. Nossa função primeira seria a de possibilitar, ao acompanhado, autonomia.

A questão da promoção de autonomia e a quebra de relações autoritárias que levam seu semelhante a uma posição de inferioridade são cruciais para a Teoria Crítica da Sociedade. Por conseguinte ela pode ser de grande utilidade no aprimoramento da prática do acompanhamento terapêutico. Além disso, por meio de um trabalho clínico permeado por esse referencial teórico, podemos acessar a totalidade da sociedade e não nos restringirmos a lidar com o acompanhado como um quadro única e exclusivamente clínico, uma vez que ela tem uma perspectiva mais abrangente do sujeito; ela é capaz de vê-lo dentro do contexto social.

Ao repensarmos o acompanhamento terapêutico, desde sua chegada ao Brasil, trazido por psiquiatras e psicanalistas argentinos, nos proporcionou uma visão crítica com relação ao modelo argentino, fazendo com que tivéssemos avanços significativos. Diríamos, principalmente, porque não descartamos tal modelo de forma sumária, mas, sim, soubemos

utilizar a experiência argentina como parte de um processo de desenvolvimento de uma prática terapêutica e avançamos em relação a ela, pois levamos em conta o modo como o psicótico está contextualizado historicamente pelo imaginário social, ou seja, como um indivíduo que foi retirado do social quando diagnosticado como doente mental, sendo pouco a pouco alijado da sociedade.

Atualmente, consideramos que a prática do acompanhamento terapêutico permite criar espaços promocionais de saúde mental, reconhecendo as singularidades, considerando o desejo, as necessidades e a expressão individuais e desenvolvendo outras formas de relação entre o social e aqueles acometidos de algum sofrimento psíquico, para que este possa estabelecer trocas criativas e suficientemente amplas com o intuito de desenvolver a autonomia do indivíduo.

Nesse sentido, o circular pela cidade tornou-se a primeira alternativa do tratamento da loucura por meio do acompanhamento terapêutico. Ele ganha as ruas; acompanhante e acompanhado começam a percorrer os espaços urbanos, que antes eram interditados aos loucos; a loucura mostra sua cara com todas suas peculiaridades. O papel do acompanhante terapêutico tem um novo impulso, na medida que possibilita acompanhar o paciente em seus diversos deslocamentos na cidade, "preferencialmente fora dos lugares conhecidos e petrificados do paciente, onde são pequenas suas chances em concretizar articulações como sujeito atuante" (Porto e Sereno, 1991: 28).

Contudo, esse se lançar no urbano trouxe a idéia de que o *setting* do acompanhamento terapêutico é, única e exclusivamente, a rua. Esta relação direta entre saídas e acompanhamento terapêutico é um equívoco, porquanto se constata empiricamente que o primeiro local - às vezes único - é o interior da casa, do quarto. Portanto, o convívio no âmbito familiar é algo corrente na prática do acompanhante

terapêutico, o que lhe permite incidir sobre o espaço privado do acompanhado, na atmosfera familiar da casa, na intimidade e isolamento de seu quarto. Assim sendo, devemos abordar a família como algo de vital importância na prática do acompanhamento terapêutico.

Assim sendo, é vital abordarmos algumas reflexões sobre a instituição familiar. Não se pode ver a família de forma isolada, como uma ilha situada em pleno fluxo da dinâmica social, seria uma visão ingênua do fenômeno familiar. "Na verdade, a família não só depende da realidade social, em suas sucessivas concretizações históricas, mas também está socialmente mediatizada, mesmo em sua estrutura mais íntima" (Horkheimer e Adorno, 1973: 133).

A idéia de família como algo natural e eterno, como algo originário da própria sociedade é quase impensável; alguns teóricos defendiam que ela era, inclusive, anterior a qualquer sociedade organizada. Esta concepção perdurou por longo tempo, vindo a ser contestada com o Iluminismo, uma vez que se começou a vislumbrar o caráter histórico desta instituição, porém com uma visão estritamente evolucionista.

A visão evolucionista da família foi desenvolvida pela primeira vez por Lewis Morgan, antropólogo americano. Em seu entender, a família passava por cinco estágios evolucionários distintos, que consistiam em: família consanguínea - fundada sobre o intercasamento de irmãos e irmãs; família punaluaana - fundada no casamento de várias irmãs com os maridos de cada uma das outras; família sindiásmica - estabelecida no casamento entre casais individuais, sem obrigação de coabitação; patriarcal - formada pelo casamento de um homem com diversas mulheres e por último teríamos a família monogâmica - baseada em casamento entre casais individuais, com obrigação de coabitação (Morgan, 1982).

Os antropólogos franceses, por sua vez, sobretudo por meio das idéias de Claude Lévi-Strauss, propuseram uma visão estruturalista da família. Esse antropólogo francês, por meio de estudos minuciosos de diversas culturas, sobretudo sociedades primitivas, buscou determinar a estrutura da instituição familiar e chegou à conclusão de que a regra fundamental do parentesco é o tabu do incesto; ou seja, a exogamia é a base da estrutura familiar. O autor dá mais ênfase à exogamia do que ao incesto no sentido estrito; "a proibição do incesto não é tanto uma regra que proíba casar com a mãe, com a irmã ou com a filha, mas sobretudo uma regra que obriga a ceder a outros a mãe, a irmã ou a filha" (Lévi-Strauss, 1982: 190).

A partir da contribuição de Lévi-Strauss, o entendimento da instituição familiar deu um passo importantíssimo em direção à cultura, deixando de lado concepções naturalistas e evolucionistas, visto que a proibição do incesto é uma construção social.

A sociedade exerce grande pressão sobre os indivíduos da família. Se por um lado, ela pressiona e nega o caráter irracional e natural-espontâneo da família, por outro ela exerce uma força totalitária sobre seus membros a ponto de coagi-los a um retorno ao seio familiar, provocando controle e repressão cada vez mais absoluto (Horkheimer e Adorno, 1973). De qualquer forma, nos parece que há presente tanto nas concepções antigas como nas atuais de família elementos irracionais, pois o controle que se desenvolveu com o passar do tempo também impede que os membros de uma família se desenvolvam de forma mais autônoma e consciente de si e de seu meio.

Podemos, portanto, pensar que alguns membros da família podem ser mais suscetíveis que outros e, por conseguinte, reagem diferentemente às pressões que emanam da sociedade.

Enquanto uns se submetem às pressões, outros demonstram certo incômodo diante delas. No caso específico do psicótico, parece que ele volta-se ao interior da família numa espécie de refúgio, como se estivesse em busca de um lugar acolhedor e tranqüilo, onde não ficasse submetido à constante opressão. Forma-se, assim, um núcleo coeso em torno do psicótico, com o fim de preservar a instituição familiar, ocorrendo certa cristalização.

Essa cristalização de papéis que encontramos em núcleos familiares de psicóticos é uma evidência clara da impossibilidade de autonomia de seus membros, pois a todos não lhes é ofertado alternativa do que se adaptar ao meio em que vivem e manter a autoconservação da família. Portanto, a irracionalidade se manifesta em seus membros e na instituição familiar a qual pertencem.

Esse processo de introspecção familiar com o intuito de salvaguardar-se em relação à sociedade apenas viabiliza sobremaneira a crise de atomização e dissolução da coletividade que ocorre na sociedade atual. Ao se formarem pequenos grupos familiares voltados única e exclusivamente a suas questões específicas há um favorecimento da individualização do coletivo e torna-se mais provável a regressão a estágios mais irracionais de sociedade.

Portanto, o que parece, em princípio, ser um combate à atomização da sociedade, demonstra-se, em realidade, ser uma falsa tomada de consciência sobre a situação vigente na sociedade. Há, em última instância, mais uma saída irracional à constante opressão social, porém essa realizada de forma coletiva, familiar, e que se reflete direta e explicitamente em forma de sobre a figura do membro diagnosticado como psicótico. Parece-nos que o psicótico é o membro em que cai a carga mais alta de opressão, uma vez que ele se torna o

último, talvez o mais frágil elo da cadeia de opressão que nossa sociedade exerce.

Do mesmo modo que tentamos levantar algumas hipóteses do funcionamento familiar de uma família que possui um membro psicótico, podemos pensar que o mesmo ocorre com famílias de não-psicóticos, porque as famílias, independentemente de sua constituição, são reflexo da sociedade na qual estão inseridas. É ingenuidade pensarmos que vamos encontrar uma família onde impere igualdade e liberdade numa sociedade em que seus indivíduos não são autônomos, isto é, famílias racionais em uma sociedade irracional. "Não haverá emancipação da família se não houver a do todo" (Horkheimer e Adorno, 1973: 147).

Portanto, não se pode pensar a família de uma maneira genérica, unívoca e simplificada, como faria uma teoria tradicional. É necessário um aprofundamento de seu estudo realizando relações entre ela e a sociedade e entre os próprios membros de uma família para produzirmos verdadeiro conhecimento a seu respeito. Somente assim, poderemos conhecer nosso objeto de estudo e, conseqüentemente, propiciar novas formas de famílias mediante a transformação da totalidade das relações sociais.

Como o trabalho do acompanhante terapêutico se desenvolve, em grande parte, no interior do ambiente familiar, lhe é possível estar diante de uma perspectiva singular do mundo do psicótico, se a compararmos com a que é obtida por meio dos atendimentos tradicionais, uma vez que lhe é permitido participar de cenas que dificilmente chegariam ao conhecimento das instituições que o atendem.

O acompanhante passa então a se munir de arsenal teórico capaz de lhe propiciar um entendimento, que, por menor que seja, lhe garante a ocupação de um novo espaço.

Deixa de ser acompanhante do louco para ser o acompanhante da loucura. Ou seja, deixa de se reportar exclusivamente ao louco para abordar a família como um todo (Ibrahim, 1991: 48).

Com essa inserção no ambiente familiar, há a possibilidade de real intervenção na dinâmica familiar o que pode produzir mudanças significativas criando espaços para que haja uma melhora na saúde mental do psicótico e da própria família, apontando situações em que a repressão se faça presente. Desse modo, o acompanhante terapêutico serve como instrumento de reconhecimento das singularidades, potencialidades, necessidades e expressões individuais, promovendo rompimentos na situação vigente. Esse trabalho não pode estar dissociado do social, pois o que se observa no interior do ambiente familiar e mesmo fora dele é fruto da maneira como nossa sociedade está estruturada.

Diante das exigências teóricas e do preparo psicológico necessários para trabalhar como acompanhante terapêutico, parece-nos que se trata de uma prática que não pode ser exercida por qualquer pessoa e com qualquer tipo de formação. Acreditamos ser fundamental que a formação acadêmica em psicologia tenha forte base filosófica e sociológica. Assim sendo, devemos ter o cuidado especial na formação dos novos acompanhantes terapêuticos.

2.3. Formação do acompanhante terapêutico

Desde os primórdios da história da humanidade, os homens buscam de uma forma ou de outra controlar a natureza, ou seja, procuram atingir certo desencantamento do mundo. No entanto, há perspectivas distintas na maneira de analisar esse processo de dominação da natureza no decorrer da história. Se por um lado podemos ter uma visão a-histórica e a-crítica e conseqüentemente positivista; por outro, podemos pensá-la de forma dialética.

Max Horkheimer, em seu ensaio *Teoria tradicional e teoria crítica*, de 1937, traz uma análise sobre o que vêm a ser essas diferentes teorias, as quais estão intimamente ligadas a interesses sociais. Podemos considerar os interesses de Descartes como o protótipo do que ele considerou como sendo a Teoria Tradicional, na qual há um completo rompimento entre sujeito e natureza. Razão e técnica tornaram o homem senhor da natureza e à medida que esse é capaz de entendê-la e circunscrevê-la dentro de determinados parâmetros ele é capaz também de dominá-la e dominar a si e a seus semelhantes. Assim sendo, há uma transformação da natureza em algo externo ao homem, como se o próprio homem também não fosse natureza. Assim, é-lhe possível dominá-la, quantificá-la e colocá-la sob parâmetros rígidos, não permitindo qualquer possibilidade de contradição. Diante dessa perspectiva, não há nada desconhecido, pois o mundo ao passar pelo processo de dominação torna-se desde sempre já conhecido do homem.

O autor observa, ainda, que as estruturas não podem ser determinadas por um sujeito que se coloque de forma externa à natureza, pois este tipo de observação traz novamente a possibilidade de regressão ao mito e caímos definitivamente em uma concepção ideológica do mundo.

Na medida em que o conceito da teoria é independentizado, como que saindo da essência interna da gnose, ou possuindo uma fundamentação a-histórica, ele se transforma em uma categoria coisificada e, por isso, ideológica (Horkheimer, 1975: 127).

Não podemos negar que houve certo avanço no conhecimento a partir das idéias racionalistas de Descartes. Os frankfurtianos também consideravam, sem qualquer hesitação, que a superioridade do homem estava justamente no saber; entretanto, ao se dedicarem a analisar o esclarecimento cartesiano de uma forma mais minuciosa, esses autores deram um passo além, pois foram capazes de apreender algo que não se vislumbrava: a dominação da natureza por meio da ciência, que tanto nos engrandeceu e enobreceu, não passou de uma presunção, uma vez que, de fato, estamos submetidos a ela. Portanto, o que a princípio parecia tratar-se apenas de um progresso do pensamento representa também certo retrocesso, visto que o homem colocou a técnica como essência do saber.

Como mencionamos anteriormente, os homens têm perseguido com tenacidade a dominação da natureza com o objetivo de livrá-los do medo e instituí-los como senhores. No entanto, esta busca desenfreada por uma sociedade esclarecida infelizmente não resultou em uma vida mais digna e confortável, pois o desencantamento que poderia advir por meio do progresso do pensamento não perdurou, ainda que as condições objetivas em que vivemos sejam favoráveis. Ou seja, o homem já produziu condições para que todos tenham mais conforto e uma vida digna. No entanto, da maneira como a sociedade está estruturada, o conforto e a dignidade humanos não são possíveis a todos. Portanto, o que deveria ser o princípio básico do esclarecimento, a saber: a substituição dos mitos e da imaginação por uma vida baseada na razão não foi possível, pois os homens tornaram o saber em fonte de

poder. Assim sendo, tornaram-se escravos de si mesmos, pois restringiram a técnica e o conhecimento à esfera da dominação e da desigualdade entre seus semelhantes.

O emprego de todos os meios físicos e intelectuais de domínio da natureza é impedido pelo fato de esses meios, nas relações dominantes, estarem subordinados a interesses particulares e conflitivos. A produção não está dirigida à vida da coletividade nem satisfaz às exigências dos indivíduos mas está orientada à exigência de poder de indivíduos e se encarrega também da penúria na vida da coletividade. Isso resultou inevitavelmente da aplicação, dentro do sistema de propriedade dominante, do princípio progressista de que é suficiente que os indivíduos se preocupem apenas consigo mesmos (Horkheimer, 1975: 142).

Horkheimer e Adorno (1985) foram além na análise do progresso do conhecimento, em a *Dialética do esclarecimento: fragmentos filosóficos*, publicado originalmente em 1947, ao abordar sobretudo a maneira como ocorreu o processo de civilização e o empreendimento humano em controlar a natureza em seu benefício próprio, o qual acabou por escravizá-lo em consequência da maneira como foi conduzido.

A necessidade de dominação da natureza surgiu em função do medo do desconhecido, pois este se torna sempre uma ameaça ao sujeito; o medo que o eu sente diante do novo é inegável. Nesse sentido, os autores observaram que tanto nos primórdios da civilização como na época atual isto está presente, ainda que de maneira distinta, o que torna imperativo o controle do que a princípio não pode ser explicado. Portanto, seja no mito, seja na ciência atual, a necessidade de se proteger do desconhecido leva conseqüentemente a movimentos de controle sobre a natureza; há no mito e na ciência uma busca incessante

de explicação que abafe o medo e a vulnerabilidade do ser, ou seja, mito e ciência apresentam uma origem comum.

A cada etapa de desenvolvimento da civilização, o que é considerado como esclarecimento tende a fazer uma crítica severa à época histórica anterior, considerando esta como mítica, uma vez que o esclarecimento é considerado como o próprio espírito ordenador, como algo que de alguma forma foi capaz de apresentar uma explicação lógica da natureza. No entanto, se formos analisar o mito, ele também é uma forma de explicação e de entendimento da natureza com o intuito de afastar o medo que essa impunha ao homem primitivo.

O sacerdote ao igualar-se por mimese com o deus ou demônio, por meio de utilização de máscaras; o animal oferecido ao sacrifício em lugar do primogênito ou da filha virgem; os feitiços realizados com os objetos do inimigo ou mesmo em seu nome representavam a própria pessoa. Todos esses rituais, se, por um lado, tendem a amalgamar homem e natureza, o que evidencia a falta de capacidade de pensar e refletir sobre a realidade existente; por outro, eles evidenciam uma forma, ainda que primitiva, de buscar certo controle sobre as forças desconhecidas da natureza. Portanto, podemos afirmar que no mito já estava presente algum esclarecimento, entendendo-o como uma maneira de explicar e controlar a natureza.

Ainda que os fins a que se propunham ciência e mito fossem semelhantes, devemos salientar que, enquanto neste, palavra e objeto não se distinguiam e a relação que se estabelecia era por mimese, isto é, estavam ligados por semelhança ou pelo próprio nome - Marte representava a própria guerra e Apolo, o sol; naquela, houve um distanciamento progressivo da palavra em relação ao objeto, o que torna o pensamento autônomo em relação aos objetos.

No entanto, esse afastamento do sujeito com relação ao objeto, que possibilita certa reflexão a respeito do objeto, tomou um rumo que não levou necessariamente ao esclarecimento, pois esse distanciamento se converteu em dominação. Junto ao esclarecimento há certa regressão ao mito, pois há a necessidade de estabelecermos um pensamento ordenador que dê conta de todo o mundo que nos cerca, desta forma o esclarecimento ocorre sob a égide da dominação do mundo e conseqüentemente do homem que o produziu.

A universalidade dos pensamentos, como a desenvolve a lógica discursiva, a dominação na esfera do conceito, eleva-se fundamentada na dominação do real. É a substituição da herança mágica, isto é, das antigas representações difusas, pela unidade conceptual que exprime a nova forma de vida, organizada com base no comando e determinada pelos homens livres. O eu, que aprendeu a ordem e a subordinação com a sujeição do mundo, não demorou a identificar a verdade em geral com o pensamento ordenador, e essa verdade não pode subsistir sem as rígidas diferenciações daquele pensamento ordenador. Juntamente com a magia mimética, ele tornou tabu o conhecimento que atinge efetivamente o objeto (Horkheimer e Adorno, 1985: 28).

A necessidade constante de dominação do desconhecido que é fruto da intensa procura que o homem tem em afastar-se do medo determina o trajeto da desmitologização e do esclarecimento. O desconhecido provoca medo e angústia; com o esclarecimento julgamo-nos livres de tais sentimentos. Entretanto, mito e esclarecimento são como os dois lados de uma única equação, como vimos anteriormente.

Com o propósito de afastar-se da angústia, o homem foi se inserindo no mundo da ciência, no qual o que importa é o aparato conceitual que é empregado na determinação da natureza para classificá-la e conseqüentemente matematizá-la. O cálculo

tornou-se o cânone da ciência e esta foi de forma errônea confundida com esclarecimento. O esclarecimento não se dá apenas por meio da ciência. A totalidade ganhou uma dimensão nunca antes vista e dessa forma o pensamento que deveria servir à reflexão se transforma em um processo decidido de antemão; há um sistema que está definido *a priori*. Desse modo, o próprio pensamento deixa de ser alvo também de reflexão; a filosofia perde, portanto, seu sentido.

Como pode ser identificado na *Dialética do esclarecimento*: "o pensar reifica-se num processo automático e autônomo, emulando a máquina que ele próprio produz para que ela possa finalmente substituí-lo. O esclarecimento pôs de lado a exigência clássica de pensar o pensamento" (Horkheimer e Adorno, 1985: 37). Há a transformação do pensamento em coisa e, portanto, uma mitificação do mesmo e a anulação do sujeito.

O mundo, a ciência, o pensamento e o sujeito são o que lhe é predeterminado. Isso foi fundamental para o aparecimento e o desenvolvimento desenfreado de uma visão positivista do mundo. As especialidades tornaram-se indispensáveis neste mundo moderno, pois o homem da ciência conhece as coisas à medida que pode controlá-las e colocá-las dentro de um esquema fechado de pensamento e entendimento.

Assim sendo, pouco a pouco, a filosofia perde sua importância dentro do campo científico, uma vez que a reflexão deixa de ser fundamental. As especialidades, ou disciplinas parciais tomam o lugar da filosofia, uma vez que por meio delas é possível circunscrever determinados objetos de estudo e dominá-los. O que importa é o imediatamente dado e, portanto, a razão submete-se ao formalismo lógico, fazendo com que a formação cultural fique comprometida, visto que o sujeito é (de)formado visando única e exclusivamente o desenvolvimento de determinadas técnicas que são necessárias à determinada área de conhecimento.

Sendo a formação um tema amplo e de profundo interesse geral sobretudo para nós futuros formadores, cabe, portanto, refletirmos um pouco mais sobre esta questão. Segundo Adorno (1972), a formação nada mais é senão a apropriação subjetiva da cultura. Entretanto, a cultura que se estabeleceu em virtude dos avanços científicos é justamente aquela que propicia à dominação do homem e o constitui como múnada. Assim sendo, ele não é mais capaz de refletir sobre seus atos e está preso em um imediatismo sem fim.

A sociedade não propicia o desenvolvimento da consciência crítica; o consumo e as condições de trabalho aprisionam o homem e produzem uma cisão entre seus atos sociais e sua consciência, predeterminando-o, constituindo-o como múnada. Ou seja, não temos consciência de que somos mediados socialmente e desconhecemos as restrições que nos são impostas pela sociedade e que somos, nós mesmos, agentes de tal situação.

Podemos perceber, portanto, que a maneira como ocorreu a dominação da natureza foi irracional, pois ela não foi capaz de produzir sujeitos autônomos, conscientes de suas necessidades e de seus objetivos; ela impede, a todo o momento, que o sujeito se aperceba que está sendo dominado e, conseqüentemente, não há como vislumbrar sua própria libertação. Autodeterminação e autoconsciência ficam suprimidas, ambas somente poderiam advir por meio da compreensão das condições objetivas em que vivemos, ou seja, das condições de dominação a que estamos expostos. Quando e se isso for atingido é que poderemos falar que haverá uma real formação cultural.

A sociedade enquanto for regida pelo progresso da dominação, balizada pelo progresso técnico e material, está fadada a produzir desigualdade e miséria em alto grau. Até mesmo a classe burguesa que buscou certa emancipação do espírito por meio da liberdade se viu, em última análise,

vítima do mesmo processo de dominação e barbárie, uma vez que a formação cultural se converteu em pseudoformação socializada e atinge a todos de forma indiscriminada.

Como afirma Adorno em *Teoría de la seudocultura*³⁰:

a diferença entre o poder e a impotência sociais, que crescem incessantemente, nega aos fracos - e, tendenciosamente, também já aos mais poderosos - as hipóteses reais da autonomia que o conceito de formação cultural conserva ideologicamente; e justamente por isso se aproximam mutuamente as consciências das distintas classes (Adorno, 1972: 150-151)³¹.

A sociedade encontra-se tão homogênea que os homens não possuem mais a capacidade de apropriar-se dos papéis sociais, estes lhes são impostos com tamanha força que só lhes resta sua mera reprodução. Assim, essa homogeneização, que pode ser confundida com integração, nada mais produz do que tendências de desagregação, pois a "pressão do geral dominante sobre todo o particular, sobre os indivíduos e as instituições individuais, tende a desintegrar o particular e o individual, assim como sua capacidade de resistência" (Adorno, 1995b: 107).

Os homens, portanto, se vêem impelidos a aderir quase que incondicionalmente à ideologia reinante com o intuito de se autoconservarem, o que dificulta a apropriação dos bens produzidos historicamente, a compreensão da realidade e da

³⁰ A citação referente ao texto "Teoría de la seudocultura" de Theodor W. Adorno apresentada nesse trabalho é uma tradução nossa. Apresentamos também o texto original em nota de rodapé para que o leitor possa cotejá-lo com a tradução realizada.

³¹ La diferencia entre el poderio y la impotencia sociales, que crece incesantemente, niega a los débiles - y, tendencialmente, también ya a los poderosos - los supuestos reales de la autonomía que el concepto de formación cultural conserva ideológicamente; y justamente por ello se aproximam mutuamente las conciencias de las distintas clases (Adorno, 1972: 150-151).

irracionalidade à qual estão submetidos, o que facilita sobremaneira sua domesticação e a constituição de indivíduos pseudoformados.

A autoconservação que reina em nossa sociedade propicia que a filosofia, enquanto uma disciplina que induz os indivíduos a pensar e refletir sobre o próprio pensamento, ou seja, leva a autoconsciência e uma verdadeira formação cultural, perde a importância que deveria ter. O homem volta-se integralmente às ciências parcelares como indicamos anteriormente, deixando uma formação mais abrangente que possa fazê-lo refletir sobre sua própria prática profissional. Isso é resultado imediato da pseudoformação socializada.

A disciplina de filosofia, que há muito pouco tempo ainda fazia parte da formação dos nossos currículos do ensino médio, foi abolida e deu-se grande ênfase às disciplinas técnicas/profissionalizantes. Não queremos, com isso, retirar a importância que essas disciplinas têm na formação profissional de nossos estudantes e futuros profissionais e nem um retorno a esses tempos antigos, quando a filosofia era, geralmente, considerada como apenas mais uma disciplina curricular. Gostaríamos de salientar que a filosofia só é importante quando ela vai além dessa concepção. Mas ao mesmo tempo é inegável que a formação fica mais comprometida sem sua inclusão nos currículos escolares. O que nos soa ainda mais estranho é que na grande maioria dos currículos de graduação em psicologia, que tem seu berço na própria filosofia, ela também tenha sido abolida e pouco se enfatiza a sua importância.

As práticas profissionais, sejam elas quais forem, devem ser sempre alvo de reflexão. Como Adorno apropriadamente salientou ao afirmar que todos os profissionais devem "ir além do seu aprendizado profissional estrito, na medida que desenvolvem uma reflexão acerca de sua profissão, ou seja,

pensam acerca do que fazem, e também refletem acerca de si mesmos" (Adorno, 1995a: 54).

Portanto, em nosso caso específico, como podemos formar psicólogos sem o mínimo de inserção no campo da filosofia bem como da sociologia? Como essa ausência da filosofia se reflete nas diversas áreas de atuação da psicologia? Como podemos estruturar um curso de acompanhamento terapêutico que não negue as condições sociais em que vivemos? Essas e outras indagações podem e devem ser estendidas a todas as ciências parcelares, mas nos deteremos ao nosso campo de atuação: a psicologia, sobretudo o acompanhamento terapêutico.

Johann Gottlieb Fichte é brilhante em sua colocação sobre a instauração de uma universidade em Berlin, a qual remete diretamente a primeira questão que nos fizemos anteriormente. Ele afirma que:

aquilo que compreende cientificamente o conjunto da atividade intelectual, bem como todas as manifestações específicas e mais determinadas da mesma, é a filosofia: a partir da formação filosófica deveria se garantir às ciências particulares o seu ofício, convertendo em conhecimento e prática consciente aquilo que nelas foi até agora apenas dádiva natural dependente da sorte; o espírito da filosofia seria aquele que entenderia primeiro a si mesmo e em seguida entenderia em si mesmo todos os outros espíritos; o artesão de uma ciência particular deveria tornar-se antes de tudo um artesão em filosofia, e sua arte específica seria meramente uma determinação a mais e uma ampliação de sua arte filosófica geral (Fichte citado por Adorno, 1995a: 55).

Fichte prossegue alegando que "com este espírito filosófico assim desenvolvido, enquanto é a forma pura do saber, deveria se apreender e perpassar em sua unidade orgânica todas as matérias científicas na instituição de ensino superior" (Fichte citado por Adorno, 1995a: 55).

Observamos que as palavras de Fichte são importantes para pensarmos a psicologia com fundamentos filosóficos, com isso não estamos descartando a necessidade de certo distanciamento, porém este deve ser realizado a fim de permitir que a disciplina se desenvolva de forma autônoma. Quando afirmamos que soava estranha a eliminação da filosofia dos currículos escolares sobretudo nos cursos de graduação de psicologia é devido ao fato de acreditarmos que ela se faz necessária para a reflexão de qualquer campo do conhecimento em especial os ligados às ciências humanas. Entretanto, devemos estar cientes que não se trata de um mero retorno sem considerar o que ela produziu historicamente como disciplina autônoma em consonância com a sociedade e a prática exercida profissionalmente.

Não queremos dizer com isso, que o ensino da filosofia nos cursos de graduação seja a única forma necessária de se adquirir o conhecimento filosófico necessário que leve o indivíduo à reflexão; há outras maneiras como o próprio interesse do profissional, mas como a sociedade está voltada à autoconservação, qualquer forma de resistência fica praticamente impossibilitada de antemão. A auto-reflexão e o esforço crítico estão diante de uma impossibilidade real porque a irracionalidade está presente de forma incontestável. Assim sendo nem mesmo a filosofia como disciplina regular nos cursos de graduação é garantia de que o indivíduo possa adquirir uma formação cultural.

A ocupação com a filosofia deveria promover a identidade de seu interesse verdadeiro com o estudo profissional que elegeram, mas na verdade apenas aumenta a auto-alienação. Esta possivelmente se avoluma ainda mais na medida em que a filosofia é percebida como um peso morto que dificulta a aquisição de conhecimentos úteis (Adorno, 1995a: 69).

A filosofia tomada, desta maneira, mostra de forma incontestável a todos os indivíduos o fracasso da formação cultural, justamente o contrário a que deveria servir; a saber: conduzir os indivíduos ao encontro de si mesmos para que a racionalidade possa imperar em nossa sociedade. Não pode haver encontro de si quando a própria ciência que poderia servir de alento aos sofrimentos humanos é fruto do processo econômico que aí está posto. Nesse sentido, não cabe dizer que a ciência é benéfica em si e o que a torna má é a utilização que se faz dela. A ciência deve, sim, ter como objetivo a humanidade.

No entanto, ainda que haja desenvolvimentos significativos em todo campo científico, continuamos nos esquecendo da importância que a filosofia de orientação sociológica tem para nossa sociedade e que ela é fundamental na formação cultural e no impedimento da disseminação da pseudocultura.

Quando pensamos sobre a formação do acompanhante terapêutico, devemos estar cientes do que referimos anteriormente acerca da filosofia e da necessidade de reflexão sobre qualquer tipo de prática. Sendo que tais cursos são ministrados basicamente por psicólogos e psicanalistas, não é de se estranhar que a dimensão social e a reflexão sobre tal prática estejam excluídas dos mesmos. Portanto, observamos que a grande maioria dos cursos de acompanhamento terapêutico que está sendo oferecida não leva em consideração as questões sociais relacionadas à psicose.

A psicose geralmente é vista como uma estrutura psíquica quase que independente da sociedade em que vivemos, o que propicia uma visão errônea, pois há a perda da dimensão social das doenças mentais e, conseqüentemente, naturalizamos algo que não pode sê-lo. Ou seja, "quando se considera o indivíduo [...] sem a mediação social que o constitui, tem-se uma visão

deturpada da realidade” (Crochik, 1999: 28). Isso demonstra a importância de estruturarmos cursos de acompanhamento terapêutico incluindo temas sobre a relação indivíduo e sociedade, não privilegiando a cisão entre os dois. Ou seja, não podemos enfatizar a estrutura psíquica como categoria fundamental da psicose, esquecendo-nos da mediação social; isso somente faria com que nos distanciemos sobremaneira do objeto e a capacidade de sua apreensão ficaria comprometida. Nesse sentido, haveria regressão ao mito. Cabe, portanto, a nós, refletirmos sobre a concepção de cursos de formação de acompanhantes terapêuticos levando em consideração as especificidades de tal prática, mas nunca desconsiderando que não podemos compactuar com uma formação que vise única e exclusivamente a técnica, pois quando esta se coloca como fim e não como meio estamos impedindo a reflexão e não somos mais capazes de criticar os limites de nossa atuação.

À parte dessa reflexão sobre a importância da filosofia na formação do acompanhante terapêutico, necessitamos salientar algumas características imprescindíveis às pessoas que se lançam nesse tipo de trabalho, sobretudo é preciso certa condição psíquica para desempenhar esta função, ela é primordial no estabelecimento do vínculo entre acompanhante e acompanhado, sem o qual o trabalho fica inviabilizado. No entanto, o simples estabelecimento do vínculo não é garantia de sucesso, pois vários outros fatores estão em jogo durante o desenrolar do acompanhamento, tais como o grau de comprometimento psíquico do acompanhado e de seus familiares, que muitas vezes interferem sobremaneira no desempenho de uma ação efetivamente terapêutica.

Como esta prática é realizada com pessoas geralmente bastante comprometidas e lidamos com as diversas classes sociais, uma vez que a psicose não faz tal distinção, é necessária certa isenção de juízo de valores, pois nos é

demandado uma inserção em universos que às vezes nos são estranhos.

Portanto, são necessárias flexibilidade de conduta e disponibilidade em aproximar-se do e entregar-se ao cotidiano do psicótico. Entretanto, esse se entregar não pode ser de tal ordem que façamos uma identificação maciça com o acompanhado, pois desta maneira estaríamos perdendo toda e qualquer capacidade de reflexão sobre nossa prática enquanto acompanhantes e deteriorando qualquer possibilidade de uma prática terapêutica e libertadora e limitaríamos nossas ações junto ao psicótico e seus familiares. Ou seja, são necessários aproximação e afastamento do objeto ao mesmo tempo.

Se não nos detivermos em refletir sobre a importância da filosofia e as características essenciais para o desempenho das funções de acompanhantes terapêuticos, estaríamos colaborando sobremaneira para o não surgimento de um indivíduo autônomo e perpetuaríamos a dominação da consciência.

Assim, essa prática é rica para chegarmos a uma compreensão do social, pois por meio do entendimento do sujeito acompanhado podemos chegar a entender a sociedade. O todo se expressa no particular, sobretudo em uma família na qual há um membro psicótico, visto que as relações de poder e repressão que se estabelecem são facilmente identificáveis, uma vez que elas ocorrem de forma explícita.

CAPÍTULO III

FRAGMENTOS DE UM ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO

A loucura está por toda parte; esbarramos com ela quase diariamente em nossas cidades, pois ela não mais se esconde atrás de muros altos de hospícios. Qual o bairro que não possui seu louco? Suas histórias percorrem os ouvidos dos moradores. Portanto, de alguma forma ou de outra ela nos é familiar. Os loucos perambulam entre nós. Entretanto, ainda que não haja um grande estranhamento ao nos depararmos com um louco, a loucura continua nos sendo estranha enquanto não mantemos um contato mais estreito com ela. Assim sendo, se faz necessário uma aproximação cautelosa e gradativa. Este foi nosso percurso.

Antes de iniciarmos na difícil tarefa de acompanhar essas pessoas, acercamo-nos, pouco a pouco, do mundo da loucura. Semanalmente, íamos ao Centro de Atenção Diária de um serviço municipal de saúde mental, o qual está descrito de forma sucinta abaixo, onde convivíamos com seus usuários. Aliado a isso, buscávamos conhecer um pouco da história de cada um deles, por meio da leitura de seus prontuários. Esta atitude, pouco a pouco, demonstrou-se inadequada, pois obtínhamos muito mais informações sobre suas vidas por meio do contato direto com os próprios usuários. Assim, constatamos que estávamos diante de pessoas antes de pacientes, ou mesmo diante de prontuários frios. Ou seja, mantínhamos relações como qualquer outra que pudesse ocorrer fora de um serviço de saúde mental. A loucura já não era mais uma estranha e estávamos aptos a seguir adiante.

Somente após esse primeiro contato é que nos foi designado para acompanhar um rapaz de 19 anos, Luís³², que estava vinculado ao CAIS - Mental 8 e apresentava grande resistência a qualquer tipo de abordagem terapêutica. Esse acompanhamento foi pensado como uma alternativa viável, uma vez que várias outras abordagens tinham se demonstrado ineficientes. Segundo a equipe do serviço que estava encarregada do caso de Luís, a demanda principal para que o acompanhamento fosse realizado era a de promover algumas rupturas nas relações que ele mantinha com as mulheres que o rodeavam, especialmente sua mãe - aqui vemos uma demanda eminentemente psicanalítica. Outra demanda do serviço com relação a este jovem era de fazer com que ele circulasse mais pela cidade, no intuito de aumentar seu convívio social, pois ultimamente este era restrito a seu apartamento; inclusive, ele abandonara todas as atividades terapêuticas que freqüentava.

3.1. CAIS Mental - 8

A 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em junho de 1987, propôs a reestruturação da atenção em saúde mental, buscando a reversão do regime hospitalocêntrico e a implementação de formas substitutivas de atendimento, as quais deveriam ser integradas e hierarquizadas por níveis de complexidade, constituindo-se, dessa maneira, uma verdadeira rede de atendimento às pessoas acometidas de sofrimento psíquico. Esse debate sobre a saúde mental aprofundou-se de tal forma que, na 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental, os Centros de Assistência Psicossocial - CAPS - foram declarados como estratégicos para a transformação do modelo assistencial em saúde mental no país. Além dessas conferências nacionais,

³² Todos os nomes utilizados nesta dissertação foram modificados para preservar a identidade do acompanhado e de seus familiares.

contribuíram para a implementação do CAIS Mental - 8, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), a Declaração de Caracas (1990), a 1ª Conferência Municipal de Saúde do Município de Porto Alegre (1991), a 1ª Conferência Municipal de Saúde Mental do Município de Porto Alegre e o Plano Municipal de Saúde Mental (1993).

Com base nas discussões que ocorreram nesses diversos momentos de reflexão foi que, em janeiro de 1996, surgiu efetivamente o primeiro serviço especializado, da rede de saúde pública do Município de Porto Alegre, no atendimento a sujeitos em sofrimento psíquico, sejam psicóticos ou neuróticos graves em crise - CAIS Mental - 8. A denominação do serviço surgiu, justamente, a partir do entendimento que a equipe tem de seus princípios norteadores, ou seja, chama-se CAIS, porque deve servir tanto como um local de acolhimento, ancoragem e arrimo, quanto um local de passagem, o qual propicia ao usuário a possibilidade de ir e vir, favorecendo assim a ampliação de seus horizontes sociais. Nesse serviço, há um Centro de Atenção Diária - CAD, que se caracteriza por ser um espaço protegido, funcionando em regime de turnos, que conta com uma equipe multidisciplinar, onde os usuários integram-se a atividades durante o dia e retornam, à noite, a suas casas, ficando aos cuidados de seus familiares, ou às instituições nas quais estejam abrigados.

O acolhimento é realizado por um profissional da equipe, mediante encaminhamento. Nesse primeiro contato do usuário com o serviço inicia-se o processo de constituição do vínculo, o que é fundamental para determinar o êxito ou não do tratamento que vier a ser estabelecido. Esse processo busca uma escuta detalhada do sujeito, sem o objetivo exclusivo de formular um diagnóstico, o qual é colocado apenas como uma hipótese que pode se modificar no decorrer da relação terapêutica. A partir desse primeiro contato, são marcados horários com outros profissionais do serviço para que se tenha uma visão mais

ampla do usuário e assim possa ser estabelecido um plano terapêutico.

Após a acolhida do usuário estabelece-se um contrato que define com o usuário e seus familiares, quando estes estão presentes, as responsabilidades da equipe na condução do processo terapêutico e do usuário, de acordo com as condições no momento e a de seus familiares. Procura-se constituir uma relação de confiança para que eventuais conflitos ao longo do processo possam ser trabalhados entre o usuário, a equipe e seus familiares. O objetivo fundamental do trabalho realizado no serviço é buscar a crescente autonomia pessoal e social do usuário, para tanto é de fundamental importância que o usuário, pouco a pouco, se torne co-responsável pelo seu tratamento e por seus atos, exercendo assim seus direitos e deveres como cidadão.

Assim sendo, no momento da formulação do plano terapêutico, o mesmo é discutido com o usuário e seus familiares. Além disso, semanalmente é realizada uma assembléia de usuários, a qual se constitui em um espaço aberto a todos os usuários e técnicos do serviço. Durante a assembléia são discutidos os mais diversos assuntos referentes ao funcionamento do serviço, os quais são agendados e encaminhados durante a semana. Este é um momento formal privilegiado para que equipe e usuários possam fazer, juntos, uma avaliação do andamento do serviço, discutir e viabilizar mecanismos que venham enriquecer e facilitar o funcionamento da instituição. Os usuários ainda têm representação no Conselho Local de Saúde e são realizadas reuniões mensais com os familiares dos usuários.

Descreveremos, a seguir, as modalidades de atendimento que são desenvolvidas no serviço:

- Regime Intensivo - destinado a usuários em situação de crise, que necessitem de ambiente protegido. Esses usuários

passam o dia no serviço, recebem alimentação, são atendidos individualmente ou em grupos, participam de oficinas e, caso seja necessário, há leitos de observação.

- Regime Semi-intensivo - destinado a usuários que tiveram alta do regime intensivo e demais usuários cujo nível de autonomia e grau de organização permitem com que possam participar de atividades agendadas, podendo passar turnos no serviço, período no qual são atendidos pela equipe, segundo seus planos terapêuticos.

- Ambulatório Especializado Multidisciplinar - destinado a usuários em situação de alta do regime semi-intensivo e demais usuários que necessitam de atendimento multidisciplinar continuado, uma vez que o vínculo com a instituição se faz ainda necessário para dar sustentação e viabilizar suas atividades cotidianas. Esses usuários possuem um grau de autonomia que já permite o desenvolvimento de atividades fora do serviço, como oficinas, atividades de estudo e mesmo a permanência em um trabalho regular.

- Projeto "Clínica da rua" - consiste na avaliação e acompanhamento da população em situação de rua, no próprio local onde se encontram. Esse serviço é realizado em parceria com a Equipe de Atendimento Social de Rua do Município de Porto Alegre. A realização desse serviço fica a cargo de uma micro-equipe, que se reúne semanalmente para avaliação e encaminhamentos relacionados à clientela atendida. As questões mais recorrentes estão relacionadas a atendimentos de saúde, que por vezes requerem internações clínicas ou psiquiátricas, busca de familiares e locais para abrigo e moradia.

- Oficina de Geração de Renda - funciona em espaço físico próprio e constam de oficinas diversas oficinas: expressão e arte, cartões e embalagens, papel reciclado e bijuterias. Os objetos confeccionados são comercializados pelos próprios usuários em feiras populares.

3.2. O acompanhado

Luís tinha 19 anos de idade na época. Ele caminhava com lentidão e invariavelmente arrastava os pés ao fazê-lo. Não demonstrava qualquer preocupação com sua aparência e higiene pessoal. Estava constantemente coçando seu rosto o que lhe provocava constantes escamações e irritações cutâneas. Luís parou de estudar na sétima série do ensino fundamental e não exercia qualquer tipo de atividade ficando invariavelmente no interior de seu quarto; vivia com sua mãe e um irmão dois anos mais novo e durante a semana permanecia com sua avó materna, para que ele nunca ficasse desacompanhado, uma vez que sua mãe trabalhava durante todo o dia. Sua avó somente saía após a chegada de sua mãe. Luís estava sob constante vigilância.

3.2.1. Sua história pregressa

Os dados referentes à história de vida de Luís foram obtidos, essencialmente, por meio dos relatos maternos e de algumas conversas informais realizadas com sua avó. Além dessas duas fontes, alguns dados importantes provieram do prontuário de atendimento de Luís que estava disponível na instituição que o atendia. Raras foram as informações obtidas do próprio acompanhado.

A gestação de Luís foi relatada como tendo sido extremamente difícil. Segundo sua mãe, isto se deveu ao fato dela ter tido sérios problemas de relacionamento com o pai de Luís. Ainda que aos cinco meses de gravidez ela teve um princípio de aborto, Luís nasceu ao término dos nove meses; no entanto, foi um parto complicado o que exigiu a utilização de fórceps. Em virtude das complicações durante o parto, ele apresentou um quadro acentuado de hipoglicemia, o que o

manteve no hospital nos três primeiros meses de vida. Somente após esse período ele pôde ser levado a sua casa. O aleitamento materno foi bastante problemático e ele aos cinco meses recusava o seio de sua mãe. Apesar de todas essas complicações iniciais, ele teve um desenvolvimento físico dentro do esperado.

Sua mãe relatou que ele constantemente apresentava problemas de saúde, sendo que aos dois anos de idade, teve febre muito alta em consequência de uma infecção intestinal provocada por fecaloma³³. Aos três anos de idade, submeteu-se a uma intervenção cirúrgica para que seus testículos descessem ao saco escrotal, visto que eles se encontravam retidos na cavidade abdominal.

Nesse mesmo período, nasceu seu irmão e seus pais se separaram. Conforme Élide, mãe de Luís, ele era muito apegado a seu pai e sentiu sobremaneira seu afastamento. Após a separação, o pai de Luís praticamente se ausentou do convívio familiar e as visitas foram tornando-se cada vez mais escassas, limitando-se a ocasiões em que um dos dois filhos adoecia de forma mais grave, como aos cinco anos, quando ele se submeteu à nova cirurgia. Foi uma intervenção delicada, na qual ele operou o nariz, o ouvido e a garganta, pois apresentava sérios problemas de deglutição. Como resultado, a fala de Luís é de difícil compreensão.

Luís estudou sempre no mesmo colégio, enfrentando algumas dificuldades, o que culminou com sua reprovação na primeira, quarta e sétima séries, sendo que, após esta última, ele parou de estudar. Em 1996, tentou retornar aos estudos, porém em um curso supletivo, à noite. Segundo sua mãe, suas dificuldades com relação aos estudos a desestimulou a incentivá-lo a estudar.

³³ Acúmulo considerável de matéria fecal no reto que dificulta a evacuação.

Acerca de sua saúde mental, Élide relatou que sua primeira crise ocorreu quando ele contava com 15 anos, a qual coincidiu com a morte de seu avô materno - Noel. Analisando, psicanaliticamente, o desencadeamento de sua primeira crise, podemos afirmar que ela se deu em virtude de uma segunda perda paterna, visto que a primeira ocorreu com o afastamento progressivo de seu pai biológico. Luís mantinha estreita relação com seu avô, indo seguidamente a sua casa com quem passava várias horas durante a semana e mantinha longas conversações. Luís, segundo relato de sua mãe, estimava muito Noel, o que certamente o coloca na posição de substituto do pai biológico ausente, constituindo-se como um referencial paterno para Luís.

Até o momento da primeira crise, ele aparentemente tinha uma vida que poderia ser considerada como normal: tinha amigos com os quais interagiu muito bem; ajudava nos afazeres da casa; deslocava-se com certa desenvoltura pelas ruas da cidade de Porto Alegre; participava das festas promovidas pelos amigos e gostava muito de música, o que o levou a participar do fã-club de Michael Jackson. No entanto, a partir dessa primeira crise foi afastando-se progressivamente de todos e recolhendo-se a seu quarto.

3.2.2. Sua doença

Luís foi diagnosticado como tendo deficiência mental leve, porém sua mãe nunca comentou sobre este fato. Os primeiros indícios de sua doença mental apareceram quando ele ingressou em uma escola normal para cursar a primeira série do primeiro grau. Nesta época, sua mãe foi chamada à escola, onde a professora mostrou-lhe alguns desenhos que ele tinha realizado, os quais apresentavam distorções corpóreas: havia trocado os membros de lugar.

A partir de então, sua mãe procurou ajuda especializada para saber o que estava ocorrendo com seu filho e ele passou a ser tratado em uma clínica de atendimento integral para crianças, a qual contava com serviços de psicólogos, psiquiatras, fonoaudiólogos, educadores, terapeutas ocupacionais, entre outros profissionais. Nesta clínica, ele permaneceu em atendimento durante sete anos. Segundo Élide, esse período foi de fundamental importância no desenvolvimento de Luís.

Aos quatorze anos, teve de abandonar o tratamento na clínica, porque essa não atendia pessoas com mais de quatorze anos. Então começou a peregrinação de Luís e sua mãe em busca de um novo espaço onde ele pudesse continuar o acompanhamento que recebia anteriormente. A mãe relata que passou por diversas clínicas, inclusive pela Clínica de Atendimento Psicológico da UFRGS, porém Luís não parava em nenhuma que freqüentava. Segundo ela, ele não tinha persistência. Tudo que fazia, "era na base do empurrão". Com o afastamento sistemático do tratamento, Luís começou a apresentar comportamentos estranhos. Iniciou-se, então, um processo de introspecção; já não queria sair de casa, se contentava em ficar assistindo televisão e não procurava mais os amigos.

No ano de 1995, Luís começou a ficar agressivo dentro de casa, contudo sua agressividade era direcionada somente a objetos, nunca a pessoas. Segundo relatos familiares, ele não era uma pessoa que brigasse ou discutisse com ninguém. Contudo, tornou-se cada vez mais agressivo e ela começou a temer que ele pudesse agredi-la. Conversou com seu pai para que esse fosse a sua casa conversar com o filho no intuito de acalmá-lo; porém, ao chegar à casa não houve conversa; o pai o agrediu fisicamente.

Após esse incidente, Luís ficou muito bravo e nervoso. Caminhava na casa durante a noite sempre portando uma faca ou

uma tesoura, dizendo que ia matar aquele homem, não referindo o nome do pai. Essa não nomeação do pai corrobora o que colocamos anteriormente, isto é, ele não era tido como um referencial paterno; seu avô materno era quem ocupava esse lugar.

Sua mãe, cada vez mais apavorada com o filho, internou-o no Hospital Espírita³⁴. Essa internação durou apenas três dias, pois, quando o pai foi visitá-lo, junto com a mãe, não quiseram que seu filho permanecesse internado, devido às péssimas condições daquela instituição. Retiraram-no, a pedido do pai. A partir deste fato, o pai ficou mais distante dos filhos e Luís piorou consideravelmente, ficando ainda mais nervoso e agressivo. Seu estado foi piorando a ponto de, certo dia, ter agredido sua mãe em plena via pública. Após a agressão, Luís foi novamente internado; entretanto, essa internação foi bem mais longa, perfazendo aproximadamente três meses. Luís não se submetia a qualquer tipo de lei, seja a paterna, seja a estabelecida pela cultura, isso fica evidente por meio das constantes ameaças de agressão ao pai e, também, por meio da efetiva agressão física sofrida pela mãe.

Em 1996, Luís iniciou seu tratamento no CAIS Mental - 8. O tratamento, inicialmente era realizado por um psiquiatra juntamente com sessões de terapia ocupacional de forma individual, passando, mais tarde, a participar das oficinas coletivas. Participou também de um grupo de ginástica. Pouco a pouco, foi abandonando os grupos e ficou apenas com o tratamento psiquiátrico no serviço, ao qual se demonstrou bastante resistente. A resistência apresentada por Luís e por seus familiares a qualquer tipo de intervenção terapêutica fez com que a equipe comesse a vislumbrar a possibilidade de outro tipo de tratamento em que ele não necessitasse deslocar-se ao serviço e que incidisse na dinâmica familiar. Assim

³⁴ Hospital psiquiátrico de Porto Alegre.

sendo, a equipe optou pelo acompanhamento terapêutico, que teve início no ano de 1998.

3.3. O acompanhamento terapêutico

O acompanhamento terapêutico exposto a seguir foi realizado durante o ano de 1998 como parte integrante do estágio de psicopatologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, o qual fazia parte do projeto-piloto mencionado na introdução desta dissertação.

3.3.1. Um início frustrante, porém rico em reflexões

O primeiro contato realizado com Luís ocorreu no CAIS Mental - 8; tínhamos ido até o serviço com o intuito de conhecê-lo e marcarmos como os acompanhamentos iriam ocorrer: local, horário e frequência semanal. Ainda que não o conhecêssemos, já havíamos conversado e discutido seu quadro clínico com o psiquiatra da equipe que o acompanhava.

Luís chegou acompanhado de uma garota, sua vizinha, e uma senhora idosa, sua avó materna. Enquanto aguardávamos na sala de espera para sermos apresentados a ele, ficamos observando-o atentamente com a intenção de apreender um pouco mais sobre ele: sua fala, seus atos ou qualquer outro aspecto que pudesse ajudar-nos em nosso acompanhamento. No entanto, ele pouco falava e quando o fazia quase não o compreendíamos. Buscávamos diminuir nossa ansiedade. A jovem que o acompanhava entregou-lhe uma revista, porém ele não se interessou em folheá-la. Nada parecia movê-lo de seu mundo.

Esse primeiro encontro, serviu-nos para demonstrar que ainda que houvéssemos realizado um período de ambientação à

loucura, ela exige muito de nós, o que vem a corroborar nossas afirmações acerca da formação do acompanhante terapêutico feitas no capítulo anterior, isto é, que é necessária certa condição psíquica e um entregar-se ao trabalho de forma intensa e sem preconceitos. A loucura ainda nos era estranha e acostumar-se a ela é um processo que não ocorre com apenas alguns meses de ambientação em um serviço público dedicado à saúde mental. Trata-se, antes, de um processo muito árduo, de um contínuo, de um eterno aprendizado. O choque com a loucura, com o diferente, fala de situações inusitadas que teremos de lidar no cotidiano da atividade de acompanhantes terapêuticos.

Como havíamos combinado, fomos à casa de Luís para nosso primeiro acompanhamento. Ao chegarmos ao endereço indicado, fomos surpreendidos com a notícia de que ele fora internado no final de semana anterior. Segundo o porteiro, quem nos informou sobre a internação, sua mãe afirmou que ele estava muito agressivo e por isso o havia internado. Luís, entretanto, não a havia agredido. A possibilidade de agressão relatada pela mãe é que foi decisiva para sua internação, sem uma única consulta prévia realizada com o serviço que o atendia, nem mesmo por meio de um telefonema. Vemos, nessa atitude, uma nítida demonstração do poder materno sobre seu filho. Luís sentiu o peso da máxima de Lutero: temer e amar; a ele somente restava adaptar-se, conformar-se e subordinar-se ao poder materno.

Como afirmam Horkheimer e Adorno (1973), todo indivíduo aprende que para não se desvanecer diante do outro é necessário satisfazê-lo de alguma forma. Isto é explicado e praticamente demonstrado no âmbito familiar.

Quem observa o mundo com a mente lúcida e sem se distrair com outras coisas, não pode deixar de reconhecer que o indivíduo tem de se adaptar, de se conformar e subordinar;

e quem quiser ser alguém, [...], ou, simplesmente, não soçobrar, deve aprender a satisfazer os outros.

Ao indivíduo tudo isto era explicado e praticamente demonstrado na família, com mais clareza do que em qualquer outro lugar (Horkheimer e Adorno, 1973: 138).

A criança nasce e cresce aprendendo as relações de poder que estão vigentes no interior de sua família e em nenhum outro lugar isto pode ser observado com tamanha clareza do que na instituição familiar, sobretudo numa família em que há um membro diagnosticado como esquizofrênico, o que é reflexo das relações de poder que se estabelecem em nossa sociedade. A sujeição de Luís a sua família era clara; ele obedecia quase que incondicionalmente aos ditames de qualquer um de seus membros, fossem eles provenientes de sua mãe, avó ou irmão.

Ainda que tenhamos desaprovado tal internação feita à revelia do serviço e do psiquiatra que o acompanhava, especialmente se considerarmos que o acompanhamento terapêutico estava para ter início, poderíamos observar aparente racionalidade na atitude materna.

A atitude de Élide certamente nos parece lógica e racional, uma vez que ela temia por sua integridade física. Assim sendo, as justificativas apresentadas pela mãe são bastante coerentes. No entanto, podemos também observar nesse ato isolado de internar Luís certa dose de punição, principalmente se levarmos em consideração que após a internação suas visitas ao hospital eram bastante raras.

Se de um lado temos Luís ameaçando-a fisicamente, na tentativa, talvez, desesperada de romper com um esquema de vigilância que o tolhia completamente, uma vez que tal vigilância não se restringia a momentos de crise; ela era determinada *a priori* e praticada constantemente, tolhendo toda e qualquer possibilidade de Luís; de outro, temos uma mãe,

cansada e abatida, que lança mão de uma internação para de alguma forma poder levar uma vida um pouco menos estressada.

Analisando essa situação, vemos claramente que tanto na atitude de Luís como na de sua mãe estão presentes elementos racionais e irracionais, ou seja, estamos diante de contradições ocorridas na interior do ambiente familiar, as quais nada mais são do que o reflexo das contradições sociais, porém de outra ordem, uma vez que a sociedade nunca se reflete de forma especular, como já mencionamos anteriormente.

A família, portanto, converteu-se em agente da sociedade moderna.

A família convertera-se em agente da sociedade: era o veículo pelo qual os filhos aprendiam a adaptação social; formava os homens tal como eles tinham de ser para cumprir as tarefas impostas pelo sistema social. A família racionalizava o elemento irracional da força, cujo poder não podia dispensar a razão.

Na irracionalidade da família refletia-se, pois, a de uma sociedade em que, aparentemente, tudo acontece de acordo com os ditames da razão e na qual, entretanto, dominava ainda a irracionalidade das relações cegas, subtraídas à liberdade da razão (Horkheimer e Adorno, 1973: 139).

A atitude da mãe de Luís, em princípio, nos desapontou, pois acreditávamos que ela poderia ter contornado a situação, sobretudo, sabendo que dois dias após começaríamos nosso trabalho de acompanhamento. Não pensávamos que iríamos resolver todos os problemas relacionados à sua agressividade, mas que poderíamos representar uma possibilidade de ajuda para enfrentar a situação.

Ao analisarmos, posteriormente, nosso desapontamento, vimos que aí também estava presente uma relação de poder, pois ao nos colocarmos como alguém com capacidade de resolver e

ajudar na situação familiar, sem ao menos conhecer o que havia ocorrido, estávamos supondo nosso saber, enquanto acompanhantes terapêuticos, superior ao conhecimento familiar da situação. Assim sendo, não há como negarmos que também somos reflexo da sociedade e como tal agimos com o mesmo antagonismo que podemos observar na atitude materna. Em nossas atitudes também estão presentes elementos racionais e irracionais.

No nosso entender, não podemos pensar as assimetrias existentes nas relações sociais como algo óbvio, pois elas não o são, pois partimos do pressuposto que somos produto e produtores da sociedade e, assim sendo, poderíamos pensar em buscar soluções conjuntas para essa situação familiar, procurando minimizar, na medida do possível, os elementos irracionais nas atitudes que acabamos de relatar, sejam nas nossas, como nas da mãe de Luís, como nas dele próprio, ou seja, de certo modo, acreditar novamente na utopia da construção de relações mais harmônicas.

Diante do acontecido, conversamos com o psiquiatra encarregado do tratamento de Luís e nos prontificamos a acompanhá-lo durante sua internação em um hospital psiquiátrico de Porto Alegre. Havia, no entanto, o inconveniente de que o acompanhamento terapêutico deveria limitar-se a apenas uma hora semanal, visto que ele seria realizado no horário de visitas estipulado pelo hospital, porque não podíamos intervir na dinâmica hospitalar.

Ao realizarmos essas visitas apenas como algum conhecido de Luís e não na posição de acompanhantes terapêuticos e psicólogos estávamos destituídos de qualquer valor e nosso trabalho era anônimo em relação à equipe que o tratava no interior da instituição psiquiátrica. Nosso saber estava totalmente destituído e deveríamos nos ajustar às normas e regulamentos estipulados pelo poder institucional.

O acompanhamento terapêutico possibilita justamente esse percorrer por novos espaços, sejam eles quais forem. Essa é a dinâmica de sua prática; podemos estar nas ruas, nas festas da família, no cinema, no parque, em qualquer lugar. Estaremos onde seja necessário estar. É o ambiente de circulação do acompanhado que indica onde o acompanhamento deve ser realizado. Assim sendo, nossa tarefa deslocou-se em direção a um hospital psiquiátrico, o que possibilitou-nos uma vivência extraordinária, pois podemos observar que o local onde realizávamos nosso estágio constituía-se, de alguma forma, em uma exceção no que se refere ao tratamento dispensado à loucura.

3.3.2. Nada mudou: as mesmas práticas hospitalares

Nossa primeira visita ao hospital tardou a realizar-se e, ao iniciarmos o acompanhamento, nos deparamos com outra perspectiva da loucura, uma visão que não estávamos acostumados, pois nossa vivência havia sido em um local onde as práticas realizadas eram bastante diferentes daquela que se apresentou a nós. Estávamos diante da loucura novamente aprisionada, como se houvéssemos regredido no tempo; ela apresentava-se encurralada entre as paredes de um hospital, distante da sociedade.

Chegamos ao hospital no horário de visita e nos dirigimos ao elevador que nos conduziria ao andar em que Luís se encontrava internado; tomamos o elevador e quando a porta se abriu nos encontrávamos no interior de um cubículo que no máximo tinha um metro quadrado de área. Paredes riscadas; muitos nomes rabiscados; nomes de internados ou de seus parentes; quem sabe? Tocamos a campainha que havia e um alvoroço ocorreu do outro lado da porta; vozes, muitas vozes, por vezes gritos; era a loucura mostrando uma faceta até então

nossa desconhecida, ainda que achássemos que estávamos acostumados após dois meses de convivência com ela no CAIS Mental - 8.

Passaram-se minutos que pareceram horas. Finalmente a porta se abriu. Outro choque nos ocorreu, pois percebemos que as vozes nada revelavam sobre o que estávamos vendo. Nunca tínhamos presenciado uma situação como aquela. Pessoas estranhas; olhares mais estranhos ainda. Poucas roupas, roupas rasgadas, sujas, mau cheiro. Estávamos dentro de um hospício. Foi neste ambiente que acompanhamos Luís por mais de um mês e sem dúvida alguma foi uma verdadeira escola para nós.

O que nos chamou a atenção, a princípio, foi que naquele lugar as pessoas não eram pessoas, eram apenas pacientes e como tal não eram conhecidos, não possuíam particularidades. Isto ficou-nos evidente quando dissemos ao atendente que veio nos receber que gostaríamos de visitar Luís e ele não sabia quem ele era e passou a gritar por seu nome. Essa situação se repetiu em praticamente todas as visitas que fizemos. Perguntas vieram instantaneamente a nossas mentes. Como tratar o sofrimento psíquico se não conhecemos, ao menos, com quem interagimos? Nesse sentido, o trabalho de acompanhamento terapêutico propicia uma interação mais plena com o acompanhado, facilitando o seu tratamento, pois o acompanhante pode ter acesso a aspectos da realidade em que vivem as pessoas acometidas de sofrimento psíquico grave, pois ele não se limita ao *setting* terapêutico. Como descrevemos anteriormente, ele está na festa de família, na casa do acompanhado e quando necessário no hospital observando-o de forma global e não apenas recortes de uma pessoa.

Essa diferença, entre a loucura que estávamos acostumados a lidar no CAIS Mental - 8 e a que presenciemos no interior do hospital, mostrou-nos que muitos dos sintomas e manifestações apresentados pelos doentes mentais são simplesmente reflexos

de como tratamos as pessoas diagnosticadas como doentes mentais e nada tem a ver com sua estrutura psíquica. Assim sendo, ficou-nos evidente que parte da loucura que se apresentou a nós é devida a maneira como a encaramos. Ou seja, se lidamos com essas pessoas a partir dos rótulos que a psiquiatria tradicional lhes aplica, certamente elas reagiriam como tal. No entanto, se as consideramos como pessoas e não objetos ou rótulos preestabelecidos podemos esperar diferentes resultados e manifestações. Não queremos afirmar que a loucura é única e exclusivamente resultado da introjeção da cultura tal como ela se apresenta a nós, mas certamente a mediação social é fator preponderante no desenvolvimento das estruturas psíquicas. Adorno salientou essa questão de forma bastante explícita, como veremos a seguir.

Certamente, nem mesmo a forma de conduta perfeitamente narcisista do psicótico carece de um aspecto social. Já há trinta anos que Lukács concebia a esquizofrenia como consequência extrema da alienação do sujeito em relação à objetividade. Entretanto, ainda que a oclusão das esferas psicológicas nos autistas seja de origem social, contudo, uma vez estabelecidas se constitui uma estrutura psicológica de motivação relativamente uniforme e fechada (Adorno, 1991: 153)³⁵

Ainda que haja a formação de uma estrutura psicológica fechada e uniforme, um tratamento mais humano, dispensado a essas pessoas, produz indivíduos muito mais capazes de circular entre nós sem a necessidade de trancafiá-los entre as paredes de um hospital. Nesse sentido, é possível dar uma

³⁵ Ciertamente, ni siquiera la forma de conducta perfectamente narcisista del psicótico carece de aspecto social. Hace ya treinta años que Lukács concebia la esquizofrenia como consecuencia extrema de la enajenación del sujeto respecto a la objetividad. Pero aunque la oclusión de las esferas psicológicas en los autistas sea de origen social, con todo, una vez establecidas se constiuye una estructura psicológica de motivación relativamente uniforme y cerrada (Adorno, 1991: 153).

significação diferente à loucura, isso é uma vantagem que o acompanhamento terapêutico tem em relação às práticas terapêuticas tradicionais.

Os acompanhantes terapêuticos não devem ficar atentos apenas à superficialidade dos dados; eles devem, quando bem formados, ir para além das suas relações espaço-temporais abstratas, ou seja, devemos refletir sobre os dados que se nos apresentam como superfície, "como aspectos mediatizados do conceito, que só se realizam no desdobramento de seu sentido social, histórico, humano" (Horkheimer e Adorno, 1985: 39).

Assim sendo, numa análise mais superficial, poderíamos ver certa discrepância entre o pensamento adorniano e o freudiano, pois esse estaria mais voltado ao particular, ao subjetivo e a constituição do indivíduo e aquele às questões sociais. No entanto, se pensarmos que o homem é um ser social e que ele somente se constitui como sujeito nas interações que estabelece com seu meio externo, começando pela relação primária entre mãe e filho, essa discrepância nos parece não se sustentar. Como afirma Mezan (1988), diferentes ordens constituem o homem; ele é um ser social que se constitui de forma psicologicamente singular na interseção entre os campos social, histórico e libidinal.

Desse modo, não entendemos que Freud tenha se voltado única e exclusivamente ao subjetivo, deixando de lado as questões referentes à sociedade, pois em vários momentos de sua obra ele faz referência à sociedade e entende esta como mediadora do sujeito, sendo que é nesta mediação que ele se constitui; o sujeito é o indivíduo submetido ao processo civilizatório que o constitui. Ainda que Freud tenha se preocupado com o sujeito e sua história singular, em nenhum momento ele o entendia como aparte da sociedade; o conflito constituinte do psiquismo humano se expressa de forma contundente nas exigências e contradições da sociedade.

Desafortunadamente, como vimos anteriormente, a psiquiatria tradicional, enquanto práxis médica, ainda persiste em alguns lugares, como nesse hospital, pois contatamos com as mesmas práticas que eram realizadas em tempos remotos: isolamento, descuido com o próximo, indiferença perante o outro e tratamento medicamentoso em excesso para evitar que o sujeito se expresse. Parece-nos que o conhecimento científico produzido sobre as doenças mentais ainda está, em muitos casos, voltado ao domínio do objeto, aferrado a questões de ordem pragmática e utilitária.

Até se poderia perguntar se, até hoje, toda práxis, enquanto domínio da natureza, não tem sido, em sua indiferença frente ao objeto, práxis ilusória. Seu caráter ilusório transmite-se também a todas as ações que, sem solução de continuidade, tomam da práxis o velho e violento gesto. Desde o princípio [...] ao proclamar como critério de conhecimento a utilidade prática deste, compromete-o com a situação existente; pois de nenhum outro modo pode demonstrar-se o seu efeito prático, útil, do conhecimento (Adorno, 1995c: 202-203).

Como não poderia deixar de ser, encontramos Luís bastante comprometido psiquicamente. Estava desorganizado temporalmente, não sabia em que dia estávamos e nem há quantos dias havia sido internado. Em alguns momentos, afirmava estar no hospital há apenas quatro dias, sendo que, em seguida, esses dias transformavam-se em meses. Delirava constantemente e apresentava algumas alucinações auditivas e visuais. Comentava sobre a existência de gnomos, os quais por vezes eram seus amigos e informavam que retornaria a sua casa e, por outras, afirmavam que ele morreria. A maior parte das conversas que mantínhamos com Luís era sobre suas alucinações e delírios. Por vezes, ficávamos calados, pois ele se recusava a dialogar. Entretanto, independente do que os delírios e

alucinações significavam nossa presença no hospital foi importante, pois, todas as semanas, lá estávamos para ouvi-lo e considerá-lo como indivíduo. Diríamos que a nossa simples presença no interior do hospital foi fundamental para estabelecermos um forte vínculo com Luís, o qual possibilitou nosso trabalho de acompanhante terapêutico, pois sabemos que sem ele fica impossível desempenhar tal função. Após sua internação e a criação do vínculo, deslocamo-nos às ruas de Porto Alegre e a sua casa para mais uma etapa do acompanhamento terapêutico.

3.3.3. Um pequeno apartamento e a rua

A casa é o abrigo da família e, assim sendo, ali só entra quem por ela for autorizado. Isso deve ser respeitado pelo acompanhante terapêutico: ele só poderá exercer seu trabalho na casa do acompanhado se houver o consentimento da família. Este consentimento, tínhamos, e, dessa forma, entramos no apartamento de Luís, onde passamos grande parte do acompanhamento terapêutico.

Era um apartamento pequeno, apenas um quarto. Nele viviam, além de Luís, seu irmão, sua mãe e, durante a semana, sua avó materna, que o cuidava para que sua mãe pudesse trabalhar. Ao entrarmos no apartamento tivemos a impressão de que as pessoas que ali moravam estavam prontas a se mudar, pois nada encontrava em seus lugares; havia uma desorganização geral. Na sala, o pó abundava e o tempo parecia ter parado na época natalina, pois durante todo o ano, sobre a estante víamos um Papai Noel, desses *made in China*, dentro de sua caixa transparente, prestes a tocar seu sino. Pensamos que na época de Natal o ouviríamos, entretanto, mais um Natal passou e ele continuou dentro da caixa. Um eterno Natal, sem vida, sem som, sem movimento.

Trouxemos esta passagem do acompanhamento, porque ela fala muito do funcionamento daquela casa. O tempo nela parou, parecia que estávamos vivendo semanalmente a mesma cena. Era essa a dinâmica da família: um eterno repetir. Todas as segundas-feiras, encontrávamos invariavelmente a avó de Luís sentada na mesma cadeira, lendo a Zero Hora³⁶ dominical; ele deitado em sua cama, no quarto, com a janela fechada.

A principal função de uma janela é de iluminar o interior da casa, entretanto, naquela casa, nada se tinha a iluminar, ou nada se queria iluminar. Por que abririam a janela onde Luís dorme? Era melhor mantê-lo em sua inércia sepulcral, não iluminá-lo. Desse modo, ele não incomoda uma avó que quase não conseguia mais caminhar devido a problemas em suas pernas.

Seu quarto não era diferente da sala: desarrumado, as portas do guarda-roupa estavam presas com barbante e sobre ele várias caixas de papelão e sacos com roupas. As paredes estavam descascando; o aparelho de som estava com a tampa quebrada e várias fitas encontravam-se atiradas pelo chão.

Não podemos deixar que a técnica e o conhecimento, os quais indubitavelmente são necessários ao desempenho do acompanhamento terapêutico, nos endureça a ponto de perdermos a capacidade de observação, de civilidade e reflexão sobre o ambiente em que estamos inseridos, pois ele reflete a situação da família que nos acolhe. Como bem afirma Adorno: "a tecnificação torna, entretanto, precisos e rudes os gestos, e com isso os homens. Ela expulsa das maneiras toda hesitação, toda ponderação, toda civilidade, subordinando-as às exigências intransigentes e como que a-históricas das coisas" (Adorno, 1993: 33).

Entramos naquela casa na tentativa de iluminar Luís, de trazê-lo à vida. Com o vínculo estabelecido no hospital, foi bastante fácil fazer com que ele saísse do estado quase

³⁶ Jornal de circulação diária em Porto Alegre.

mortífero em que se encontrava. Já no primeiro acompanhamento realizado em sua casa, conversamos sobre seu ídolo Michael Jackson e ele mostrou-nos algumas cartas que guardava de seus colegas de fã-clubes. Quase todas estavam datadas de 1995 e algumas com data de julho de 1996, o que corroborava o estacionamento do tempo do qual falamos anteriormente. Resolvemos, então, escrever algumas cartas para suas amigas do fã-clubes e postá-las em um correio próximo de sua casa.

O fato de termos saído deixou-nos bastante animados, pois o acompanhante que nos antecederam não tinha conseguido isto durante todo o ano anterior. Devido a nossa pouca experiência, começamos a fazer vários planos para ele. Ora, não sabíamos que pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia costumam dar alguns passos à frente e vários para trás.

Assim se deu o acompanhamento. Houve dias em que sentíamos alguns progressos, porém, em seguida, voltávamos ao ponto de partida. Isso trouxe, em vários momentos, desmotivação e cansaço, os quais foram administrados com a ajuda dos colegas acompanhantes e das duas supervisoras acadêmicas, durante as reuniões que mantínhamos semanalmente. Reuniões essas que eram de desabafo e descontração, mas fundamentalmente de reflexão sobre nossa prática como acompanhantes terapêuticos, o que revela nossa preocupação com relação à verdadeira formação, tópico discutido no capítulo anterior.

Pouco a pouco, começamos a nos afastar de sua casa e, em muitas ocasiões, em vez de nós acompanhá-lo pela cidade, foi ele quem nos ajudou a percorrer vários pontos de Porto Alegre, que nos eram desconhecidos. Ele sempre sabia que ônibus tomar para chegar aos lugares que queria ir.

Para acompanhá-lo, tivemos que enfrentar algumas barreiras. Quando ele decidiu que iríamos à Rádio Cidade, tivemos de fazer um esforço muito grande para não o dissuadir de seu intento, pois pensávamos que não iriam nos deixar

entrar e que seria muito difícil chegar até lá, pois não sabíamos onde se localizava. Não imaginávamos que aquele seria um momento importante para Luís.

Ele sabia exatamente que ônibus nos deixaria em frente à Rádio e onde é que o tomaríamos. Ao entrar no ônibus, estava bastante excitado e desfrutou da viagem até o Morro Santa Teresa, onde se localiza a Rádio. Na portaria, pediram nossos documentos e subimos ao estúdio. Tudo fácilimo, nada complicado, como havíamos pensado que seria.

Ao entrarmos no estúdio, Luís ficou olhando, atentamente, tudo e todos. As pessoas que ali se encontravam não nos deram muita atenção, porém Luís estava bastante satisfeito de estar lá, sorria e se interessava por todos os movimentos que ocorriam. Quando o DJ trocava de música, parecia redobrar sua satisfação, pois ele aumentava o volume do som, deixando-o muito alto. Naqueles instantes, Luís me olhava e sorria. Parecia estar realizado.

Pouco a pouco, ele mostrou-se mais volitivo e começamos a percorrer a cidade. Fomos a diversos pontos da cidade de Porto Alegre: ao Parque da Redenção, ao aeroporto, ao bairro Ipanema e às Lojas Americanas comprar fitas cassetes.

Certa vez, fomos a uma loja, representante dos produtos Philipps, comprar um fone de ouvido para seu *walkman*. Essa saída foi realizada em nosso carro; ao entrarmos, ele pediu para que ligássemos o rádio e começou a acompanhar o ritmo da música com os pés e as mãos, novamente ficou satisfeitíssimo. Aumentamos o volume e a reação dele foi idêntica a que teve quando estávamos na Rádio.

A música tinha um papel importante na vida de Luís; ao refletirmos sobre qual seria este papel em sua vida, numa análise superficial, poderíamos pensar que ela servia como instrumento de liberação do eterno controle e vigilância materna. No entanto, ao considerarmos a escolha musical feita

por Luís, notamos que ele sai de um controle para outro, uma vez que os dois são reflexos da sociedade em que vivemos. O controle materno mais explícito, enquanto que o musical é mais sutil, mas que fica evidente por meio da análise feita por Adorno em seu texto Sobre música popular. Ainda que pareça que houve determinada escolha por parte do acompanhado, vemos que ela é parte do processo de standardização e pseudo-individação da música popular que traz uma auréola de livre-escolha.

Concentração e controle, em nossa cultura, escondem-se em sua própria manifestação. [...] A standardização de hits musicais mantém os usuários enquadrados, por assim dizer escutando por eles. A pseudo-individação, por sua vez, os mantém enquadrados, fazendo-os esquecer que o que eles escutam já é sempre escutado por eles, 'pré-digeridos' (Adorno, 1994: 123).

Fica-nos evidente como circulamos de um controle a outro, ainda que pensemos estar fazendo escolhas livres e autônomas; somos, sem dúvida, fruto da sociedade em que vivemos e não temos consciência disso. A sociedade é muito mais forte que o indivíduo; nossa relação com ela é extremamente desigual.

Houve saídas em que nenhum fato de grande magnitude aconteceu. Entretanto, elas também eram terapêuticas, na medida em que faziam com que Luís se afastasse um pouco do ambiente familiar que era extremamente repressor e cerceador de sua liberdade. Um desses momentos ocorreu quando fomos ao Shopping Center Praia de Belas. O shopping acabara de abrir quando chegamos, poucas pessoas se encontravam no seu interior. Caminhamos, conversamos e fomos ao piso inferior onde se encontravam os jogos eletrônicos. Luís quis jogar em uma máquina das Tartarugas Ninjas. Compramos as fichas e começamos nossa luta: nós, Donatello; ele, Michelangelo. Qual

foi nossa surpresa? Em pouco tempo, Donatello já estava morto pelos inimigos das Tartarugas Ninjas, enquanto que Michelangelo ainda lutava bravamente.

À medida que ele ficava mais sociável e com mais vontade de fazer determinadas atividades, fomos trabalhando com ele a possibilidade de retorno às atividades que desenvolvia no CAIS Mental - 8. Sua mãe sempre alegava não dispor de tempo para levá-lo até o serviço, entretanto, após várias intervenções junto a ela, conseguimos que ele fizesse parte do grupo de teatro e não se limitasse apenas a fazer consultas psiquiátricas nesse serviço, como vinha acontecendo.

Luis passou a querer cada vez mais; queria ir ao cinema, comprar novas fitas cassetes, comer sorvetes, cachorros-quentes, necessitava mais dinheiro para realizar seus desejos. Dinheiro que invariavelmente se limitava no máximo a cinco reais por semana, o que tolhia sobremaneira as nossas possibilidades de sairmos e realizarmos atividades diferentes.

O dinheiro não era o único impedimento no acompanhamento terapêutico. A atitude da família com relação a Luis era bastante restritiva. Seguido tínhamos que intervir para que as saídas ocorressem, pois qualquer motivo era um impeditivo. Era comum ouvirmos de sua avó que ele estava gripado e que sua mãe não queria que ele saísse, que ele não queria sair ou falar com ninguém, que não podia comer sorvete. Esses motivos, geralmente, eram a saudação de bom dia que recebíamos ao chegar a seu apartamento. A posição adotada pela família de Luis desempenhou um papel negativo no desenvolvimento do acompanhamento terapêutico.

3.3.4. Avó e mãe na contramão

Houve épocas em que as famílias de psicóticos praticamente inexistiam, pois, na maioria dos casos, elas abandonavam seus parentes numa instituição e raramente iam visitá-los. Com o processo de desinstitucionalização, as famílias passaram de inexistente a atuantes no tratamento e acompanhamento de algum membro psicótico. Esta participação ativa fez com que algumas famílias buscassem conhecimento, ajuda e recursos com o intuito de proporcionar melhores condições de vida a seus parentes psicóticos e a elas mesmas. Entretanto, há famílias que andam na contramão de um tratamento. Elas fazem com que o estado psíquico do psicótico se mantenha ou até mesmo piore. Há contradição de sentimentos presente no interior familiar: amor e ódio, resignação e revolta, certezas e incertezas etc.

Na família que acompanhamos isso não era diferente, a contradição existiu: houve um pedido de ajuda, mas, simultaneamente, as atitudes e falas que presenciávamos iam exatamente em sentido oposto. Tanto avó como mãe pareciam buscar certo estacionamento do estado quase mortífero em que se encontrava Luís.

Sabemos que é a partir da constelação familiar que adentramos o social, quando nos referimos sobre a constelação familiar, não estamos nos referindo única e exclusivamente à idéia tradicional que temos de família, ou seja, aquela constituída por pai, mãe e bebê, estamos nos referindo basicamente a uma relação na qual estão presentes os seus representantes paterno e materno, sejam eles quais forem, e o bebê. Portanto, não há como pensarmos o acompanhamento terapêutico senão a partir de seu contexto familiar, uma vez que sabemos que toda a família, como parte integrante da sociedade, é responsável pela constituição dos sujeitos que nela se insere.

Portanto, não é de se estranhar que haja essas contradições apresentadas anteriormente com relação à família

de Luís, porque se de um lado há a busca por ajuda, visto que a família também sofre, por outro há também um rechaço ao tratamento, pois nela há algo que se rompeu. O que haveria rompido para que Luís se constituísse de tal maneira? Para respondermos a essa questão recorreremos ao texto, do psicanalista Hélio Pellegrino, Pacto edípico e pacto social.

Segundo Pellegrino (1983), o pai ou seu representante é fundamentalmente o primeiro emissário da lei da cultura junto à criança, portanto, é a partir dele que a criança introjeta os significantes da cultura à qual se integrará. No entanto, nossa sociedade está organizada de tal forma que as relações sociais estão cada vez mais assimétricas, o que se reflete numa repressão social desproporcional. As pessoas continuam explorando umas às outras, sendo que as condições objetivas de produção já são suficientes para uma melhor distribuição da riqueza, ou seja, estamos diante do que Herbert Marcuse chamou de mais-repressão, em função das injustiças sociais. Essa mais-repressão, como afirma Marcuse (1999), é resultado da própria organização social que produz a escassez de forma racional para que a classe dominante se mantenha no poder, o que enfraquece sobremaneira o indivíduo.

Pellegrino (1983) afirma que o pacto social se estrutura em torno da questão do trabalho, isto é, o trabalho se constitui como um elemento mediador, por meio do qual os adultos se inserem no social, o que possibilita tornarem-se sócios plenos da sociedade. Trabalhar é inserir-se no tecido social aceitando a ordem simbólica que o constitui, é, também, poder assumir os valores da sociedade.

Como esses valores estão cada vez mais voltados à mais-repressão, em função da escassez produzida, o trabalho perde seu sentido primeiro de proporcionar a inserção na sociedade e na cultura. Assim sendo, ele está muito mais voltado a manutenção de uma organização que explora o próprio homem, o

qual, pouco a pouco, vai se enfraquecendo. E é justamente esse enfraquecimento do homem que se reflete no interior das famílias; o pai ou seu representante é débil em função da quebra do pacto social o que se refletirá diretamente na constituição psíquica da criança que vem a mundo.

A partir disso, podemos pensar na constituição psíquica de Luís e seu ambiente familiar, pois se o pacto social implica em direitos e deveres e tem, necessariamente, mão dupla, sem o que não se sustenta é de se esperar que o rompimento que ocorre no pacto social por meio da mais-repressão se reflita diretamente na constituição psíquica das crianças que vêm ao mundo. É claro que cada criança perceberá essa ruptura de forma distinta e se constituirá, conseqüentemente, também de forma distinta, o que corrobora a idéia dos teóricos de Frankfurt de que a sociedade numa se reflete de forma especular e é por isso que devemos procurar no particular as marcas da sociedade e, portanto, a proposta de trabalharmos com uma psicologia social psicanaliticamente orientada é fundamental, pois a maneira como nossa sociedade se organiza traz implicações à constituição dos sujeitos, isto é, o rompimento do pacto social, que é evidente em nossa sociedade, implica em conseqüências psíquicas gravíssimas. A desvalorização atribuída ao pai, nas palavras da mãe de Luís, fala da impossibilidade desse pai exercer uma função paterna plena, o que pode ter reflexos na quebra do pacto edípico, trazendo conseqüências à constituição psíquica de Luís. Dessa maneira, podemos inferir que há em cada constituição psíquica algo de particular, que se refere à questão edípica e algo de genérico que é trazido pela sociedade.

Retornemos ao acompanhamento terapêutico, desde o início, convivemos mais com sua avó do que com sua mãe, e aquela fazia questão que ele permanecesse a maior parte do tempo deitado em sua cama. Não fazia nenhuma tentativa no sentido de animá-lo. Certa vez, chegamos ao apartamento e ela nos abriu a porta

dizendo que Luís não queria falar com ninguém, entretanto, ele, do interior de seu quarto, grita que queria sair. Seu grito evidenciou-nos que ele tinha vontade de sair dessa posição passiva que ela o colocava e que queria manter.

Outra passagem importante ocorreu logo no início do acompanhamento; sua avó comenta em tom bravo que ele tinha feito uma travessura na sexta-feira anterior. Passa a nos relatar o que havia acontecido; Élide estava atrasada e ela resolveu ir para casa antes da chegada de sua filha. Luís, aproveitando-se da ausência da avó, pegou um pouco de dinheiro que achou em casa e saiu para comprar um cachorro-quente, retornando à casa em seguida. Essa havia sido a travessura de Luís.

Neste momento, deveríamos ter intervindo, entretanto, não o fizemos, não nos colocamos de forma direta diante da situação. Esse nosso silêncio serviu de reflexão e aprendizado sobre a necessidade de realizarmos intervenções importantes nos momentos adequados.

Essa passagem mostrou-nos como estávamos e estamos sempre mantendo relações e formas de reação que se encontram sob o signo da autoridade. Caso nos opuséssemos ao que a avó de Luís estava afirmando e nos posicionássemos contra sua autoridade estaríamos contribuindo para que o acompanhado pudesse ser visto de uma forma diferenciada e mais humana; porém, estaríamos, ainda assim, nos colocando em relação a sua avó como símbolo de autoridade. Ou seja, estávamos diante de um impasse: colocarmo-nos como autoridade perante sua avó e assim beneficiarmos a Luís ou nos calarmos diante de sua autoridade. Acreditamos que a primeira alternativa teria sido a mais adequada ainda que não a tivéssemos tomado, pois estaríamos, como afirma Horkheimer (1990), saindo de nós mesmos, indo ao encontro dos demais, entregando-nos aos mais oprimidos e,

conseqüentemente, tornando-nos homens livres da opressão e autoridade.

A autoridade e repressão familiar estavam presentes em praticamente todo o período em que o acompanhamento foi realizado. Luís estava acostumado a elas, pois em nenhum momento o vimos conseguir esboçar qualquer reação perante elas. Isso demonstra a influência que a família exerce na formação da psique de seus membros; formação esta que serve aos interesses da sociedade: obedecer de forma consciente e inconsciente.

Entre as circunstâncias que influenciam de modo decisivo a formação psíquica da maior parte de todos os indivíduos, tanto pelos mecanismos conscientes como pelos inconscientes, a família tem uma importância predominante. O que ocorre nela plasma a criança desde a sua mais tenra idade e desempenha papel decisivo no despertar de suas faculdades. Assim como a realidade se reflete no meio deste círculo, a criança que cresce dentro dele sofre sua influência (Horkheimer, 1990: 214).

Diante de tantas ocasiões em que Luís era constantemente submetido à autoridade familiar e, até, certo menosprezo, começamos a nos colocar como anteparo entre ele e sua família. Certa ocasião, estávamos conversando em seu quarto e sua avó entrou; ao vê-lo deitado, agarrou seu pé e perguntou em tom de forma desdenhosa se nós não conhecíamos alguém que poderia comprá-lo e que ela o venderia por cinco reais. Pouco a pouco, tentávamos mostrar a ele a situação em que estava inserido. Assim sendo, dissemos a ela que ela não deveria fazer este tipo de comentário e nos dirigimos a ele e lhe perguntamos se ele queria ser vendido. Ele imediatamente respondeu que não gostaria de ser vendido. Ainda que em alguns momentos, ao ser demandado, ele reagia de forma muito tênue, isso não se

mantinha por muito tempo, pois imediatamente já estava novamente submetido aos poderes de sua mãe.

Apesar desta total destituição de valor que ocorria com Luís, ele estava, ainda que esporadicamente, burlando a autoridade a qual era submetido. No entanto, isso ocorria não na presença dela e sim na nossa, pois, toda vez que saíamos, ele procurava fazer exatamente tudo que sua avó o proibia; comia dois cachorros-quentes, bebia refrigerante gelado e tomava sorvete. Mostrava uma tentativa de escapar da super vigilância da avó.

Nosso trabalho, como acompanhantes terapêuticos, pode, portanto, ser instrumento de alguma autonomia, mesmo quando acompanhamos pessoas seriamente comprometidas psiquicamente, como era o caso de Luís; mas, simultaneamente, podemos também estar promovendo adaptação, quando nos identificamos com as posições familiares e nada fazemos para intervir na quebra das relações de poder que se estabeleceram e se cristalizaram durante longo período de tempo no interior do âmbito familiar. Assim sendo, devemos estar sempre atentos a nossas atitudes e intervenções para que não sejamos mais um instrumento que propicie a manutenção das condições vigentes. Para tanto, a reflexão sobre nossa prática é vital para dar-mo-nos conta do caminho a seguir no acompanhamento terapêutico. Estamos, portanto, em constante movimento entre atitudes racionais e irracionais, sendo instrumento de autonomia e de adaptação, o que é reflexo da sociedade em que vivemos.

Várias outras passagens ocorreram durante aquele ano de acompanhamento, porém é importante salientar que a autoridade não era apenas exercida por sua avó; irmão e mãe contribuíam sobremaneira para que Luís ficasse submetido a ela. Seu irmão apresentava uma atitude de total indiferença em relação a Luís, não lhe dirigia a palavra e quando Luís contava-lhe algo, ele continuava a assistir televisão.

Sua mãe, por seu turno, estava totalmente submetida ao trabalho e à autoconservação, ou seja, reproduzia em si mesma os caracteres humanos que a vida social exige. Sempre utilizava explicações aparentemente racionais para justificar sua impossibilidade de olhar para e dar a Luís o mínimo necessário, ainda que demonstrasse alguma preocupação por seu estado de saúde.

Em seu aniversário, Luís recebeu de presente de sua mãe uma fita cassete virgem. Que outro presente poderia ser dado a ele, senão uma fita virgem? Uma fita virgem não tem inscrições, não tem marcas, ela só adquire valor na medida em que gravamos algo sobre ela. Esse presente parecia ser o retrato de Luís, um rapaz sem valor, sem marca, sem inscrição e sujeito à autoridade familiar. Nada mais natural que haja recebido um presente em branco.

Essa passagem do acompanhamento terapêutico nos é emblemática e muito forte, pois traz elementos para refletirmos não apenas sobre a subjetividade apagada de Luís no ambiente familiar, mas também a significação social do ato de presentear alguém. Um ato que a princípio deveria levar tempo, pois seria necessária certa empatia para que nos colocássemos no lugar da pessoa a ser presenteada, tornou-se um mero ato mecânico, desprovido de qualquer significação, uma mera formalidade social, na qual o outro deixa de ter qualquer significado, pois não nos permitimos refletir e pensar quem é a pessoa a ser presenteada, qual o significado que determinado presente pode ter, o importante passou a ser simplesmente não esquecermos de presentear.

O ato privado de dar presentes foi rebaixado ao nível de uma função social que se efetua com uma racionalidade contrariada, com base no cumprimento cuidadoso de um budget estipulado, numa avaliação céptica acerca do outro e com o menor esforço possível. O verdadeiro ato de presentear

encontrava sua felicidade na imaginação da felicidade do recebedor. E isso quer dizer: escolher, dedicar tempo, desviar-se de suas ocupações, pensar no outro como sujeito: o contrário da negligência. (Adorno, 1993: 35).

É exatamente o que vemos na atitude de presentear da mãe de Luís, algo da ordem do burocrático. Dar uma fita cassete virgem é justamente não escolher, não dedicar tempo, não se desviar de suas atividades, não pensar em Luís como sujeito. Esse ato de presentear significa exatamente o que Luís representa no contexto familiar e que pode ser resumido pelas palavras tão bem colocadas por Adorno: "aqui está sua tralha, faça com ela o que quiser; se isto não lhe agrada, para mim é indiferente" (Adorno, 1993: 35).

Nos dois últimos meses de acompanhamento, Luís demonstrou-se cada vez mais introspectivo. Queria apenas ficar em casa, não demonstrava vontade de realizar qualquer atividade que demandasse algum esforço de sua parte. Invariavelmente, quando chegávamos, estava deitado, não queria se levantar, não queria conversar e preferia ficar dormindo. Inclusive ouvir música, que era o que mais gosta, ele não mais fazia. Quando propúnhamos qualquer atividade, dizia tê-la realizado com sua mãe durante o fim de semana, para que não a realizássemos. Parecia estar conformado com o destino que lhe haviam reservado.

É como se Luís tivesse optado por soçobrar, por não chegar a lugar algum, por subordinar-se ao desejo de sua mãe e avó. Luís caminha na contramão da emancipação e, ainda que possa ter suas próprias opiniões e desejos, opta por submeter-se ao poder patriarcal de sua mãe e avó, adaptando-se as condições que lhe eram impostas para poder sobreviver. Vale relembrar o que dizem Horkheimer e Adorno:

quem observa o mundo com a mente lúcida e sem se distrair com outras coisas, não pode deixar de reconhecer que o indivíduo tem de se adaptar, de se conformar e subordinar; e quem quiser ser alguém, [...], ou, simplesmente, não soçobrar, deve aprender a satisfazer os outros.

Ao indivíduo tudo isto era explicado e praticamente demonstrado na família, com mais clareza do que em qualquer outro lugar. O filho pode pensar do pai o que muito bem quiser mas, se pretende evitar graves conflitos e desastres, deve empenhar-se em obter, incansavelmente, a satisfação paterna. Em relação ao filho, o pai tem sempre razão; é nele que se concretizam o poder e o triunfo (Horkheimer e Adorno, 1973: 138).

Luís sujeitou-se aos outros, retornou à cama, não apresentava volição alguma e seu afeto estava embotado. Sua mãe perguntou-nos, finalmente, se conhecíamos alguma pensão onde pudesse colocá-lo. Ficou-nos evidente que o destino de Luís estava selado: novamente voltaria a sua cama, a seu quarto escuro e ao seu leito mortífero. Atualmente, ele encontra-se praticamente internado em uma pensão particular destinada a pessoas com distúrbios psíquicos em Porto Alegre.

Considerações Finais

Como vimos no decorrer desta dissertação, a prática do acompanhamento terapêutico é bastante recente e se originou na Argentina, sendo introduzida no Brasil por psicanalistas que imigraram a nosso país em virtude do regime ditatorial que lá vigorava. Nessa sua curta existência podemos afirmar que ela sofreu modificações significativas, principalmente se considerarmos como ela era desempenhada na Argentina e como a desempenhamos, atualmente, aqui no Brasil. Sem dúvida suas raízes são argentinas, mas estamos cientes que ela possui uma nova identidade, diríamos uma identidade brasileira, visto que o contexto em que ela se desenvolveu em nosso país é bastante distinto do original. Esse caráter eminentemente latino-americano seria suficiente para que justificássemos uma dissertação de mestrado, pois nos coloca numa situação de precursores em uma área da psicologia que até então era considerada como importadora de conhecimento. Ainda que tenhamos utilizado pressupostos teóricos eminentemente europeus³⁷ - teoria psicanalítica e Teoria Crítica da Sociedade - nesta dissertação, não podemos negar que essa práxis e o conhecimento produzidos a partir dessas reflexões são latino-americanos. No entanto, não nos baseamos nesse bairrismo para justificar nossa dissertação, procuramos, sim, nos aprofundar no tema de forma a contribuir para o desenvolvimento de novos conhecimentos teóricos a essa prática.

Como salientamos no segundo capítulo, a concepção original do acompanhamento terapêutico, a relação que se estabelecia

³⁷ Nos referimos, aqui, às origens de ambas as teorias, forjadas dentro da realidade particular do velho mundo. Entretanto, não podemos desconsiderar o importante fato de que muitas das produções da Teoria Crítica da Sociedade foram realizadas em solo norte-americano, e que, portanto, ela é resultado das experiências dos frankfurtianos nos velho e novo mundo. Quanto à psicanálise a consideramos eminentemente européia, apesar de Sigmund Freud ter feito algumas poucas conferências nos Estados Unidos.

entre acompanhante e acompanhado, no nosso entender, era equivocada, visto que havia uma relação quase simétrica entre os dois, pois a proximidade entre ambos era muito estreita, o que transparece na própria denominação inicial que ela recebeu, a saber: amigo qualificado. Sabemos que para que possamos apreender um objeto de estudo é necessária certa aproximação do mesmo, mas não a tal ponto que turve nossa capacidade crítica e de reflexão, as quais somente são atingidas por meio de certo afastamento, o que nos permite uma visão mais objetiva do objeto. Acreditamos que foi isso que ocorreu, ou seja, conseguimos nos afastar do objeto a ponto de nos questionarmos sobre nossa prática. Foi somente nesse momento que pudemos repensar e reformular a prática trazida da Argentina.

Outro aspecto que consideramos importante de salientar acerca desta dissertação é certo ineditismo ao utilizarmos a Teoria Crítica da Sociedade como base de nossas reflexões, pois constatamos que, a partir da revisão bibliográfica realizada, a grande maioria das produções referentes ao acompanhamento terapêutico é realizada a partir da psicanálise, esta como único e exclusivo suporte teórico de reflexão. Ou seja, com esse trabalho buscamos trazer outras possibilidades de entendimento dessa prática que não a psicanálise.

Apesar desse certo ineditismo nesse campo, não podemos esquecer que em muitos momentos desse trabalho também recorreremos a pressupostos psicanalíticos. Tal fato não poderia ser diferente, visto que a própria Teoria Crítica da Sociedade utiliza constantemente em suas reflexões conhecimentos provenientes da psicanálise. Em realidade, ela possui raízes muito sólidas na psicanálise e na teoria marxiana.

Ao utilizarmos, basicamente, a Teoria Crítica da Sociedade como fundamentação teórica, para desenvolvermos esse trabalho,

buscamos lançar novas luzes sobre um tema que pertencia exclusivamente ao campo da psicologia clínica, trazendo a possibilidade de um entendimento da sociedade a partir do indivíduo, pois como havíamos afirmado no segundo capítulo:

o indivíduo isolado, o puro sujeito da autoconservação, encarna o princípio mais íntimo da sociedade com respeito à qual se encontra em oposição absoluta. [...] É uma mônada, no sentido estrito de que representa o todo com suas contradições sem que, não obstante, seja em absoluto consciente da totalidade social. Mas na configuração de suas contradições não há uma comunicação constante e progressiva com o todo, aquelas não procedem imediatamente de sua experiência. A sociedade cunhou nele a individuação como fragmento, e enquanto relação social, esta toma parte no seu destino. A "psicodinâmica" é a reprodução de conflitos sociais no indivíduo, mas não de forma que meramente copie as tensões atuais (Adorno, 1991: 156-157)

Assim sendo, podemos afirmar que nossa perspectiva se diferencia desse clinicismo quase exacerbado que se apropriou dos distúrbios mentais e que os concebe como resultante única e exclusivamente da relação triangular primordial - mãe, pai e bebê. Ao nos referirmos a isso, estamos justamente colocando em questão o trabalho do acompanhamento terapêutico realizado a partir de uma concepção edípica simplista, isto é, aquela que não leva em consideração que o Complexo de Édipo tem íntima relação com as questões sociais.

Muitos dos trabalhos desenvolvidos sobre o acompanhamento terapêutico, que buscam um entendimento do acompanhado, não se preocupam em considerar que o sujeito é um ser social que se constitui de forma psiquicamente singular na interseção entre os campos social, histórico e libidinal. Assim sendo, suas explicações e reflexões podem tornar-se superficiais, unidimensionais e imperialistas. Retomamos as palavras de

Adorno que critica o culto à psicologia que ocorreu, sobretudo, na América do Norte:

de forma bastante irônica, justo a ciência na qual esperavam encontrar-se a si mesmos como sujeitos os transforma por sua própria configuração uma vez mais em objetos, às custas de uma concepção de conjunto que não tolera esconderijo algum no qual pudesse se esconder alguma subjetividade independente, não preparada socialmente (Adorno, 1991: 155).

Ainda que façamos essa crítica a determinados trabalhos sobre o acompanhamento terapêutico que têm uma visão simplista e unidimensional, não podemos nos furtar de salientar que muitos psicanalistas que trabalham com essa prática terapêutica possuem um entendimento de um ser humano mais global e que percebem como as questões sociais influenciam na subjetivação das pessoas.

Do mesmo modo que estamos fazendo uma crítica a esse psicologismo exacerbado, direcionaremos também nossas críticas à sociologia, principalmente quando esta toma para si o entendimento dos distúrbios mentais como reflexo de questões sociais sem considerar que há um processo de individuação, como foi o caso da antipsiquiatria.

A partir da utilização da Teoria Crítica da Sociedade como base teórica para pensarmos sobre a prática do acompanhamento terapêutico, podemos, justamente, realizar uma reflexão sobre o lugar tanto da psicologia como da sociologia. Ela não propõe de forma alguma um entendimento único e harmônico do sujeito acompanhado; é justamente na diferença de entendimento dessas duas disciplinas é que o conhecimento pode ser produzido. Assim sendo, muitas contradições e ambigüidades podem estar presentes nesta dissertação, pois elas são decorrentes do diálogo entre ambas; não um diálogo que busca a unificação,

mas um que mostra suas divergências. Caso buscássemos esse entendimento unificador, estaríamos negando a cisão existente entre indivíduo e sociedade. É na ruptura que ocorre a produção de conhecimento.

As contradições objetivas não são fenômenos provisionais do intelecto que se esfumam com o tempo. Assim, as tensões que na sociedade existente podem atenuar-se durante curtos intervalos de tempo e em determinados setores, mas não desativar, se projetam de leve sobre esse esquema estático de uns conceitos mais gerais - sociológicos - e outros mais específicos - psicológicos - que, se não formam um contínuo é somente porque faltam os suficientes dados empíricos para generalizar o individual. Entretanto, a diferença entre indivíduo e sociedade não é somente quantitativa: assim se encara unicamente pelo caminho de um processo social que cunha de antemão os sujeitos individuais como suporte de sua função no processo conjunto. Nenhuma síntese científica futura pode conseguir que se coloque no mesmo saco o que está, radicalmente, cindido consigo mesmo. (Adorno, 1991: 147)

Portanto, não podemos esperar que as leis sociais sejam extrapoladas a partir de achados psicológicos e nem tampouco que o indivíduo seja única e exclusivamente substrato de uma psicologia. Ou seja, o indivíduo é reflexo da interação entre elementos sociais e individuais, como havíamos afirmado anteriormente. Não podemos, portanto, generalizar, muito menos cairmos em radicalismos exacerbados, ou seja, não podemos confundir os campos de atuação de cada disciplina; não devemos sociologizar a psicologia, nem psicologizar a sociologia. Essas diferentes áreas do saber se propõem a dar respostas a objetos diferentes; assim sendo, não é proposta desse trabalho chegar a um consenso, uma vez que não acreditamos nessa possibilidade.

O acompanhamento terapêutico, a partir da Teoria Crítica da Sociedade, nos possibilitou um entendimento do sujeito de forma mais ampla e global, pois conseguimos nos afastar de uma perspectiva fundamentalmente clínica que até então possuíamos. Nos pequenos fragmentos que relatamos no decorrer desta dissertação, podemos refletir não apenas sobre a condição psíquica de Luís, mas também sobre a sociedade em que vivemos e como ela tem se organizado de forma cada vez mais opressiva e totalizante.

Retomemos, alguns desses pontos para que possamos exemplificar. Ainda que saibamos e concordamos que a família é parte integrante do problema do acompanhado, não podemos deixar de salientar que, a partir de um exame mais aprofundado das diversas situações apresentadas no decorrer desta dissertação, a família tem se tornado um agente representativo da sociedade; ou seja, a família, que poderia transformar-se em uma espécie de abrigo ou mesmo um oásis de resistência perante a opressão da sociedade, tornou-se apenas mais um agente da opressão social, pois vemos no seu interior os mesmo mecanismos presentes na sociedade atual: racionalidade e irracionalidade se mesclam em todos os instantes do convívio familiar. O que não é de se estranhar, pois, segundo os filósofos frankfurtianos, "não haverá emancipação da família se não houver a do todo" (Horkheimer e Adorno, 1973, p. 147).

Outra passagem importante que nos fez refletir sobre a sociedade e como ela se reflete nas relações familiares é o fragmento acerca do presente dado por Élide a seu filho por ocasião de seu aniversário. Esse fragmento é por demais emblemático das relações sociais que estão se estabelecendo em nossa sociedade; cada vez mais as relações estão se tornando sem sentido, atos como o presentear, que antigamente representavam a existência do outro, deixam de apresentar qualquer significação; o outro passa a ser objeto, deixa de ter valor como indivíduo. Isso traduz a rudez com que as

relações sociais se estabelecem atualmente. Se essa rudez está presente nas relações entre mãe e filho o que podemos esperar das outras relações que se estabelecem em nossa sociedade.

Gostaríamos, também, de retomar o fragmento do acompanhamento relatado em que ambos, acompanhante e acompanhado, se dirigiram a uma estação de rádio. Esse relato mostra como é extremamente difícil escaparmos das mediações que a sociedade nos impõe. Ou seja, as tentativas que as pessoas fazem de tomar atitudes autônomas, quando são analisadas de forma objetiva e crítica nos demonstram que elas, geralmente, apenas estão circulando de uma opressão social a outra. Há uma pseudo-autonomia em seus atos, por isso devemos estar sempre atentos e refletir sobre nossos atos, sejam eles tomados de forma individual, sejam eles tomados durante a prática do acompanhamento terapêutico.

Pensarmos nossos atos, enquanto estamos acompanhando terapêuticamente alguém, é fundamenta para que não caiamos em um imediatismo sem fim, visto que a sociedade, como afirmamos no segundo capítulo, tornou-se, pouco a pouco, extremamente forte, o que favoreceu o enfraquecimento da consciência. O consumo e as condições de trabalho aprisionaram o homem e produziram uma cisão entre seus atos sociais e sua consciência. Assim sendo, temos a impressão que nossa verdade é própria e interna, e, no entanto, isto é apenas uma percepção superficial, pois nossa verdade não nos pertence, ela é estabelecida pela sociedade. Essa falsa crença de que somos sujeitos e senhores de nós mesmos ocorre porque a sociedade não se reflete de forma especular nos indivíduos.

Fica-nos evidente que a prática do acompanhamento terapêutico deve ser objeto de reflexão, pois não devemos concebê-la apenas de forma técnica e clínica; não se trata de levar o divã para a casa do acompanhado ou para as ruas nas quais circulamos com o acompanhado. É necessário ir além do

mero aprendizado profissional estrito, ou seja, devemos sempre pensar acerca do que estamos fazendo como acompanhantes e como indivíduos. Essa é uma das razões pelas quais dedicamos parte desta dissertação à questão da formação profissional do acompanhante terapêutico, na qual salientamos a importância da filosofia e da sociologia, pois elas permitem refletirmos sobre nossa prática e nossa inserção na sociedade, sendo fundamentais no impedimento da disseminação da pseudocultura.

Essa ênfase na filosofia e sociologia, que entendemos ser primordial na formação do acompanhante terapêutico, não destituindo evidentemente a importância da teoria psicanalítica, diz justamente da importância que nosso trabalho apresenta dentro do campo do conhecimento da psicologia social, pois essa abordagem nos permitiu perceber a partir do singular, ou seja, do trabalho de acompanhar Luís, a totalidade, isto é a sociedade refletida de forma contundente no interior da família acompanhada.

Esse enfoque que procuramos dar ao analisarmos os distintos fragmentos, nos possibilitou um entendimento mais amplo da situação em que vivia Luís; ele permitiu uma perspectiva psicossocial do trabalho de acompanhamento terapêutico, por isso que acreditamos que esse trabalho apresenta certo ineditismo, pois a perspectiva que normalmente desponta como primordial no entendimento desse tipo de prática é eminentemente clínica. Com isso acreditamos haver dado um passo importante na produção de conhecimento na área da Psicologia Social, principalmente se considerarmos a importância dos aportes teóricos trazidos pela Teoria Crítica da Sociedade.

Temos certeza que não esgotamos o assunto do acompanhamento terapêutico, uma vez que se trata de uma prática bastante nova e que muitos questionamentos irão ainda surgir, isto fica evidente a partir das mudanças que ocorreram

nessa prática durante o curto espaço de sua existência, ou seja, essa prática não é a mesma que era desenvolvida na Argentina e certamente a que desempenhamos atualmente não será a mesma daqui a alguns anos, principalmente se continuarmos tendo uma abordagem crítica sobre esse objeto de estudo.

A partir das reflexões realizadas nesta dissertação, não queremos, de forma alguma, ter uma posição imperialista e ditatorial com relação ao referencial teórico que deve ser adotado na prática do acompanhamento terapêutico. Estamos, sim, buscando uma nova forma de abordar esse tema, ou seja, um entendimento psicossocial. No entanto, gostaríamos de salientar que a prática do acompanhamento terapêutico baseada em um referencial teórico de cunho social, em nosso caso, a Teoria Crítica da Sociedade, nos permite realizar reflexões sobre a totalidade, isto é, sobre a sociedade, diferentemente de uma abordagem que busca um entendimento apenas da relação triangular edípica, sem entendê-la como também mediada pelo social.

Não podemos deixar de salientar, ainda, que a prática do acompanhamento terapêutico orientada por uma abordagem psicossocial é uma inovação nesse campo, pois há um afastamento das tradições puramente clínicas que orientam, ainda hoje, essa prática na grande maioria dos casos. Entendemos que partindo de uma abordagem social, ao invés de uma clínica, podemos nos aproximar mais e melhor do mundo do acompanhado, presenciando fatos que são importantíssimos para a compreensão do mundo no qual ele se encontra inserido. Nesse sentido, o ato de acompanhar terapêuticamente um paciente não visa apenas à compreensão clínica dos fenômenos envolvidos, mas a inserção deste indivíduo na sociedade e, conseqüentemente, a compreensão da totalidade presente no singular. Ao adotarmos esse tipo de postura, não mais corremos o risco de um entendimento parcial do acompanhado, o que certamente limitaria nossa prática profissional como

acompanhantes terapêuticos, reduzindo-a a uma clínica itinerante; acompanhar terapêuticamente um psicótico é muito mais amplo que isso.

Referências bibliográficas

- ADORNO, Theodor W. (1972). Teoria de la seudocultura. In: _____ . *Filosofía y superstición*. Madrid: Alianza Editorial, pp. 141-174.
- ADORNO, Theodor W. (1991). De la relación entre sociología y psicología. In: _____ . *Actualidad de la filosofía*. Barcelona: Paidós, pp. 135-204.
- ADORNO, Theodor W. (1993). *Mínima moralía: reflexões a partir da vida danificada*. Tradução: Luiz Eduardo Bicca. São Paulo: Ática.
- ADORNO, Theodor W. (1994). Sobre música popular. In: COHN, Gabriel (org.). *Sociologia*. Tradução: Flávio R. Kothe, Aldo Onesti e Amélia Cohn. São Paulo: Ática, pp. 115-146.
- ADORNO, Theodor W. (1995a). A filosofia e os professores. In: _____ . *Educação e emancipação*. Tradução: Wolfgang Leo Maar. Rio de Janeiro: Paz e Terra, pp. 51-74.
- ADORNO, Theodor W. (1995b). Educação após Auschwitz. In: _____ . *Palavras e sinais: modelos críticos 2*. Tradução: Maria Helena Ruschel. Petrópolis: Vozes, pp. 104-123.
- ADORNO, Theodor W. (1995c). Notas marginais sobre teoria e práxis. In: _____ . *Palavras e sinais: modelos críticos 2*. Tradução: Maria Helena Ruschel. Petrópolis: Vozes, pp. 202-229.
- ADORNO, Theodor W. (1995d). Progresso. In: _____ . *Palavras e sinais: modelos críticos 2*. Tradução: Maria Helena Ruschel. Petrópolis: Vozes, pp. 37-61.
- AMARANTE, Paulo. (1995). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: SDE/ENSP.

- BARROS, Denise Dias. (1990). *A desinstitucionalização italiana: a experiência de Trieste*. Dissertação de mestrado, Instituto de Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo.
- BEAUCHESNE, Hervé. (1989). *História da psicopatologia*. Tradução: Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes.
- COOPER, David. (1989). *Psiquiatria e antipsiquiatria*. Tradução: Regina Schnaiderman. São Paulo: Perspectiva.
- CROCHÍK, José L. (1999). Notas sobre a formação ética e política do psicólogo. In: *Psicologia e Sociedade*; 11(1): 27-51; jan/jun.
- FOUCAULT, Michel. (1975). *Doença mental e psicologia*. Tradução: Lilian Rose Shalders. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- FOUCAULT, Michel. (1979). *Enfermedad mental y personalidad*. Buenos Aires: Paidós.
- FOUCAULT, Michel. (2000). *História da loucura na Idade Clássica*. Tradução: José Teixeira Coelho Netto. São Paulo: Perspectiva.
- FREUD, Sigmund. (1921/1996). *Psicologia de grupo e a análise do ego*. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira. Vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, pp. 77-154.
- FREUD, Sigmund. (1924a/1996). *Neurose e psicose*. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira. Vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago, pp. 163-171.
- FREUD, Sigmund. (1924b/1996). *A perda da realidade na neurose e na psicose*. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira. Vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago, pp. 201-209.

- FREUD, Sigmund. (1930/1996). *O mal-estar na civilização*. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira. Vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago, pp. 65-148.
- FRIEDENBERG, Edgar Z. (1975). *As idéias de Laing*. Tradução: Álvaro Cabral. São Paulo: Cultrix.
- GUATTARI, Félix. (1992). *Caosmose: um novo paradigma estético*. Tradução: Ana Lúcia de Oliveira e Lúcia Cláudia Leão. Rio de Janeiro: Ed. 34.
- HORKHEIMER, Max. (1975). Teoria tradicional e teoria crítica. In: *Os pensadores*. Tradução: Edgard Afonso Malagodi e Ronaldo Pereira Cunha. Vol. XLVIII. São Paulo: Abril Cultural, pp. 125-162.
- HORKHEIMER, Max. (1990). Autoridade e família. In: _____. *Teoria Crítica I*. Tradução: Hilde Cohn. São Paulo: Perspectiva, pp. 175-236.
- HORKHEIMER, Max e ADORNO, Theodor W. (1973). Família. In: _____. *Temas básicos da sociologia*. Tradução: Álvaro Cabral. São Paulo, Cultrix, pp. 132-150.
- HORKHEIMER, Max e ADORNO, Theodor W. (1985). *Dialética do esclarecimento: fragmentos filosóficos*. Tradução: Guido Antonio de Almeida. Rio de Janeiro: Zahar.
- IBRAHIM, César. (1991). Do louco à loucura: o percurso do auxiliar psiquiátrico no Rio de Janeiro. In: Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia A Casa (org.). *A rua como espaço clínico: acompanhamento terapêutico*. São Paulo: Escuta, pp. 43-49.
- LAING, Ronald David. (1987). *O eu dividido: estudo existencial da sanidade e da loucura*. Tradução: Áurea Brito Weissenberg. Petrópolis: Vozes.
- LAPLANCHE, Jean e PONTALIS, J.-B. (1998). *Vocabulário da psicanálise / Laplanche e Pontalis*. Tradução: Pedro Tamen. São Paulo: Martins Fontes.

- LÉVI-STRAUSS, Claude. (1982). O problema do incesto. In: CANEVACCI, Massimo (org). *Dialética da família: gênese, estrutura e dinâmica de uma instituição repressiva*. Tradução: Carlos Nelson Coutinho. São Paulo, Brasiliense.
- MARCUSE, Herbert. (1999). *Eros e civilização: uma interpretação filosófica do pensamento de Freud*. Rio de Janeiro: LTC
- MAUER, Susana Kuras de e RESNIZKY, Silvia. (1987). *Acompanhantes terapêuticos e pacientes psicóticos: manual introdutório a uma estratégia clínica*. Tradução: Waldemar Paulo Rosa. Campinas: Papirus.
- MEZAN, Renato. (1988). *A vingança da esfinge: ensaios de psicanálise*. São Paulo: Brasiliense.
- MILNS, Robert D. (1986). Attitudes toward mental illness in antiquity. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, Carlton, 20 (4): 454-462.
- MORGAN, Lewis H. (1982). A família antiga. In: CANEVACCI, Massimo (org). *Dialética da família: gênese, estrutura e dinâmica de uma instituição repressiva*. Tradução: Carlos Nelson Coutinho. São Paulo, Brasiliense.
- PELLEGRINO, Hélio. (1983). Pacto edípico e pacto social: da gramática do desejo à sem vergonhice brasílica. *Folhetim da Folha de São Paulo*.
- PESSOTTI, Isaias. (1999). *Os nomes da loucura*. São Paulo: Ed. 34.
- PESSOTTI, Isaias. (2001). *A loucura e as épocas*. São Paulo: Ed. 34.
- PORTO, Maurício e SERENO, Deborah. (1991). Sobre acompanhamento terapêutico. In: Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia A Casa (org.). *A rua como espaço clínico: acompanhamento terapêutico*. São Paulo: Escuta, pp. 23-31.

SERENO, Deborah. (1996). *Acompanhamento terapêutico de pacientes psicóticos: uma clínica na cidade*. Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

SIMANKE, Richard Theisen. (1994). *A formação da teoria freudiana das psicoses*. Rio de Janeiro: Ed. 34.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. (1992). *Do hospício à comunidade: mudança sim; negligência não*. Belo Horizonte: SEGRAC.