

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TEORIA PSICANALÍTICA

LAÇO TRANSFERENCIAL E CONTORNO INSTITUCIONAL: UMA APOSTA NA
CLÍNICA COM ADOLESCENTES EM CRISE

Raquel Corrêa de Oliveira

Rio de Janeiro

2018

Raquel Corrêa de Oliveira

LAÇO TRANSFERENCIAL E CONTORNO INSTITUCIONAL: UMA APOSTA NA
CLÍNICA COM ADOLESCENTES EM CRISE

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica, Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutora em Teoria Psicanalítica.

Orientadora: Fernanda Theophilo da Costa-Moura

Rio de Janeiro

2018

O48 Oliveira, Raquel Corrêa de
Laço transferencial e contorno institucional: uma aposta na clínica
com adolescentes em crise / Raquel Corrêa de Oliveira. – 2018.
153 f.

Orientadora: Fernanda Teophilo daCosta-Moura.

Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro,
Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Teoria
Psicanalítica, 2018.

1. Psicanálise 2. Adolescência 3. Psicose 4. Transferência 5.
Instituição I. Costa-Moura, Fernanda. II. Universidade Federal do Rio de
Janeiro. Instituto de Psicologia.

CDU 150.195

Raquel Corrêa de Oliveira

Laço transferencial e contorno institucional:
uma aposta na clínica com adolescentes em
crise

Tese de Doutorado apresentada ao Programa
de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica,
Instituto de Psicologia da Universidade
Federal do Rio de Janeiro, como parte dos
requisitos necessários à obtenção do título de
Doutora em Teoria Psicanalítica.

Aprovada em:

Banca Examinadora:

Prof.a. Dra. Fernanda Theophilo da Costa-Moura (Orientadora)
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Teoria
Psicanalítica.

Prof.^a. Dr.^a. Maria Cristina Poli
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Teoria
Psicanalítica.

Prof. Dr. Edon Saggese
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psiquiatria.

Prof.^a. Dr.^a. Sônia Alberti
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Prof.a. Dra. Renata Alves de Paula Machado
Instituto de Psicologia da Universidade Federal Fluminense

Rio de Janeiro

2018

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos adolescentes e familiares que passaram pela enfermaria, e que nos deram a oportunidade de viver essa experiência; aos psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, residentes, estagiários que aceitaram o desafio de fazer parte dessa aventura; e ao Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, que, por não ter recuado frente à loucura na infância e na adolescência, pode acolher o desafio desta empreitada.

AGRADECIMENTOS

Ao CNPq, pelo apoio financeiro concedido para a realização da tese.

Ao Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica, por ter sido além do lugar de endereçamento deste trabalho, uma experiência institucional e de sustentação da psicanálise na universidade.

À minha orientadora, Fernanda Costa-Moura, que há muito tempo acompanha com rigor e incentivo meu interesse pela clínica com crianças e adolescentes.

Ao Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, em especial ao Dr. Eduardo de Carvalho Rocha, pelo apoio institucional, e pela oportunidade em ter feito parte deste trabalho.

Ao Espaço-Oficina de Psicanálise, lugar de endereçamento da minha prática clínica e de meu estudo da psicanálise, em especial aos colegas Eduardo Rocha, Simone Gryner, Flávia Franco, Maria Idália de Gois, Marta Macedo, Monica Magalhães, Isabela Ferreira e Fernando Tenório.

Ao Tempo Freudiano Associação Psicanalítica, pelos primeiros anos de minha formação, onde tive o impacto do contato com uma leitura psicanalítica da psicose.

Aos companheiros Vanessa Klein, Sergio Bezz, Isabela M. de Barros, Martina S. Rodrigues, Vinícius Figale, Raquel Filho, Viviane Belo, Rafael Fischer, que pelas trocaram acadêmicas, mas não apenas, tornaram este percurso menos solitário.

À Flávia Franco, por um encontro singular com a Psicanálise.

À Cecília Soares, muito mais do que revisora, uma verdadeira interlocutora.

À Vanessa Klein, pela disponibilidade na leitura e pelas preciosas contribuições.

À Paula Ribeiro, pela amizade, trocas acadêmicas e parcerias profissionais, ontem, agora e sempre. E também pela leitura acurada.

Ao Fernando Tenório, pela parceira pessoal e profissional.

Aos meus pais, Álvaro e Ellen, pela presença afetiva e referência ética que balizam minha vida.

Aos meus irmãos, Álvaro Neto e Daniela, pelos laços fraternos e de amizade incondicional.

Ao Itamar Kalil, companheiro de vida e de todas as horas.

Ao meu filho Gabriel, pela alegria e pela música que invade nosso cotidiano, e também pelas flores e experiências culinárias que deram força, aroma e sabor ao processo de escrita da tese.

RESUMO

OLIVEIRA, Raquel Corrêa de. *Laço transferencial e contorno institucional: uma aposta na clínica com adolescentes em crise*. 153f. Tese (Doutorado em Teoria Psicanalítica) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

A tese retoma o acolhimento a adolescentes em crise no contexto de uma enfermaria psiquiátrica de um hospital municipal de Niterói, para demonstrar os efeitos do seu acompanhamento num tempo e num lugar que possa favorecer a retomada do laço social. O trabalho clínico realizado incluiu os familiares/responsáveis e a articulação com os serviços que se responsabilizam pelo tratamento dos adolescentes na rede de saúde mental. Adota-se a terminologia *momento da puberdade* e *tempo da adolescência* para caracterizar uma circunstância pontual localizável a partir das transformações corporais que acontecem em determinada época da vida, diferente de um tempo lógico em que cada sujeito virá construir, seu tempo, respostas em nome próprio para as convocações sociais e sexuais com as quais passa a ser confrontado. Trabalha-se, tomando como base os escritos de Freud e Lacan, a constituição do sujeito para a psicanálise, a partir da articulação com o campo do Outro. A instauração do circuito pulsional é valorizada a fim de demonstrar que é apenas no seu remate que o sujeito poderá advir, pela incidência da operação da linguagem na especificação das bordas corporais, e na delimitação do contorno corporal. Procura-se distinguir o campo das neuroses do das psicoses, a partir das operações da *Verdrangung*, e da *Verwerfung*, ressaltando-se a diferença nas manobras da transferência em cada estrutura clínica. Aborda-se a noção forjada por Marcel Czermak de *desespecificação pulsional* para apresentar, a partir de situações clínicas, a especificidade do funcionamento pulsional na psicose. Examina-se a proposição de Charles Melman da adolescência como *crise psíquica*, como um fenômeno que ocorre pelo descompasso entre o amadurecimento orgânico e a falta de reconhecimento social desse novo lugar que o adolescente é chamado a ocupar. Delimita-se as crises que aparecem no tempo da adolescência como algo esperado nessa época da vida, do desencadeamento da psicose como abertura de um quadro clínico específico. A partir de situações clínicas acompanhadas no dispositivo da enfermaria, aponta-se o laço transferencial e o contorno institucional como elementos construídos pelo trabalho com a palavra, que favorecem novos enlaçamentos para os adolescentes, sejam eles psicóticos ou não, na retomada dos vínculos familiares e sociais, e na reaproximação ou no engajamento no tratamento em serviços extra-hospitalares no pós-alta.

Palavras-chave: Adolescência; Crise; Psicanálise, Psicose; Transferência; Instituição.

RÉSUMÉ

OLIVEIRA, Raquel Corrêa de. *Le lien de transfert et le contour institutionnel: un pari sur la clinique avec des adolescents en situation de crise*. 153f. Thèse (Doctorat em Théorie Psychanalytique) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

Cette thèse aborde l'accueil d'adolescents en crise, dans le contexte d'une infirmerie psychiatrique d'un hôpital de la ville de Niterói, État de Rio de Janeiro, Brésil. On y démontre les effets issus d'un traitement où le temps et le lieu rendent plus favorable la reprise du lien social. Le travail clinique réalisé inclut les parents/responsables et l'articulation vis-à-vis des services qui gèrent le traitement dans le réseau de santé mentale. On y adopte le vocabulaire « moment de puberté » et « temps de l'adolescence » pour indiquer une circonstance ponctuelle, donc repérable à partir des transformations corporelles qui ont lieu à une époque déterminée de la vie, et de la séparer d'un temps logique, où chaque sujet construira son propre temps, ses réponses individuelles et signées de leur nom aux convocations sociales et sexuelles auxquelles il fera face. La thèse prend pour base les écrits de Freud et Lacan, la constitution du sujet pour la psychanalyse, à partir de l'articulation vis-à-vis le camp de l'Autre. L'instauration du circuit pulsionnel y est prise en compte et renforcée, pour démontrer que l'adventon du sujet exige nécessairement que tel circuit soit établi, et ceci grâce à l'incidence de l'opération du langage dans la spécification des bords corporelles et dans la définition des limites du contour corporel. On distingue le camp des neuroses de celui des psychoses à partir des opérations de *Verdrangung* et de *Verwerfung*, en soulignant la différences des manoeuvres de transfert pour chaque structure clinique. On aborde la notion développée par Marcel Czermak de « désépécification » pulsionnelle pour présenter, à partir de cas cliniques, la spécificité du fonctionnement pulsionnel lors de la psychose. On examine la proposition de Charles Melman de l'adolescence en tant que *crise psychique*, c'est à dire, un phénomène qui a lieu en fonction d'un décalage entre le mûrissement organique et le manque de reconnaissance sociale de ce nouveau lieu que l'adolescent est amené à occuper. On délimite les crises qui ont lieu pendant ce temps de l'adolescence comme un événement attendu de cette période, du déclenchement de la psychose comme le début d'un cas clinique spécifique. À partir de cas cliniques accompagnés dans le dispositif de l'infirmerie, on indique le lien de transfert et le contour institutionnel comme des éléments construits à travers du travail avec les mots, et qui rendent favorables, pour les adolescents, soient-ils psychotiques ou non, l'établissement de nouveaux liens, la reprise des liens familiaux et sociaux, et le rapprochement ou l'engagement envers le traitement sous des services en dehors de l'hôpital, après le congé.

Mots-clef: Adolescence; Crise; Psychanalyse; Psychose; Transfert; Institution.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO 1 A PSICANÁLISE, A ADOLESCÊNCIA E A ENFERMARIA: O CAMPO TEÓRICO-INSTITUCIONAL DA EXPERIÊNCIA.....	18
1.1 PSICANÁLISE E ADOLESCÊNCIA.....	19
1.1.1 O advento da Adolescência	19
1.1.2 Os desafios a enfrentar na Adolescência	22
1.1.3 A adolescência como tempo mais lógico que cronológico.....	23
1.2 A INCLUSÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL	26
1.3 A REDE DE SAÚDE MENTAL PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM NITERÓI	27
1.4 O SERVIÇO DE INTERNAÇÃO DE ADOLESCENTES E CRIANÇAS (SIAC/HPJ) ..	29
1.4.1 A direção clínica.....	31
1.4.2 A equipe técnica	32
1.4.4 O trabalho com familiares/responsáveis.....	33
1.4.5 A articulação com a rede intersetorial	36
1.5 A CLÍNICA QUE CHEGAVA AO SIAC	37
1.5.1 Os impasses com o laço social	38
1.5.2As dificuldades familiares	40
1.5.3O chamado a circulação da palavra	41
1.5.4O encontro com o sexual	41
1.5.5A dificuldade em ascender ao lugar de pai.....	42
1.5.6A psicose e o uso de drogas.....	43
CAPÍTULO 2 O PULSIONAL, A LINGUAGEM E A CONSTITUIÇÃO DO SUJEITO: O QUE DIFERENCIA NEUROSE E PSICOSE?	45
2.1 A CONSTITUIÇÃO DO SUJEITO E O CAMPO DO OUTRO	47
2.2 A INSTAURAÇÃO DO CIRCUITO PULSIONAL.....	48
2.2.1 Tempos do Circuito Pulsional	49
2.2.2 Demanda e Desejo na articulação com o campo do Outro.....	50
2.2.3 As duas operações de Constituição do Sujeito: a alienação e a separação.....	52
2.3 PULSÃO E LINGUAGEM	55
2.3.1 O discurso é o que liga os órgãos em função	56
2.4 O ESTÁDIO DO ESPELHO, A IMAGEM ESPECULAR E A MATRIZ SIMBÓLICA.....	58

2.5 O COMPLEXO DE ÉDIPO E A INTRODUÇÃO DA LEI SIMBÓLICA	59
2.6 A QUESTÃO PRELIMINAR AO TRATAMENTO DA PSICOSE	60
2.6.1 O que diferencia Neurose e Psicose?.....	61
2.6.2 A psicose e a forclusão do Nome-Do-Pai	62
2.7 A DESESPECIFICAÇÃO PULSIONAL NA PSICOSE.....	64
2.8 A ESPECIFICIDADE DO PULSIONAL NA ENFERMARIA	65
2.8.1 A não coincidência entre pulsão escópica e a função do olhar	66
2.8.2 A fragilidade do contorno corporal	69
CAPÍTULO 3 O ENCONTRO COM O SEXUAL, A CRISE DA ADOLESCÊNCIA E O DESENCADEAMENTO DA PSICOSE.....	74
3.1 A PUBERDADE, A INTENSIDADE PULSIONAL E O ADOECIMENTO PSÍQUICO	75
3.1.1 O interesse sexual e a curiosidade intelectual: a transformação na relação com o saber	79
3.2 A ADOLESCÊNCIA: TEMPO DE ABERTURA OU DE DESENCADEAMENTO	80
3.2.1 A puberdade e a maturação do objeto <i>a</i>	82
3.3 A ADOLESCÊNCIA COMO TEMPO DE CRISE	85
3.3.1 A crise da adolescência e as crises na adolescência	88
3.3.1.1 A busca por um lugar no mundo	89
3.3.1.2 A solidão acompanhada.....	91
3.4 O ADOLESCENTE E SEUS ATOS	92
3.5. O ENCONTRO COM O SEXUAL E O DESENCADEAMENTO DA PSICOSE NA ADOLESCÊNCIA	95
3.6 A DIFICULDADE DIAGNÓSTICA NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA	97
CAPÍTULO 4 LAÇO TRANSFERENCIAL E CONTORNO INSTITUCIONAL: UMA APOSTA NO ENLAÇAMENTO PELA PALAVRA.....	101
4.1 A TRANSFERÊNCIA COMO LAÇO PELA PALAVRA.....	103
4.2 AS ESPECIFICIDADES DA TRANSFERÊNCIA NA ADOLESCÊNCIA E NA PSICOSE	105
4.2.1 A transferência e a adolescência.....	106
4.2.2 A transferência e a enfermaria.....	108
4.2.2.1 A contestação da autoridade ou a surdez dos protocolos	109
4.2.2.2 A gravidez adolescente e a psicose.....	110
4.2.2.3 A construção de um ponto de origem.....	112
4.2.3 A transferência e a psicose	116

4.2.3.1 A imagem do corpo e a falta de véu	117
4.3 A TRANSFERÊNCIA COMO INSTITUIÇÃO	119
4.3.1 O contorno institucional e a regulação pulsional.....	120
4.4 A TRANSFERÊNCIA E O INSTITUCIONAL.....	124
4.5 A INVARIÂNCIA DA FUNÇÃO PATERNA E AS NOVAS POSSIBILIDADES DE ENLAÇAMENTO.....	125
CONCLUSÃO.....	129
REFERÊNCIAS	138

INTRODUÇÃO

A história não é o passado. A história é o passado na medida em que é historiado no presente – historiado no presente porque foi vivido no passado.

Jacques Lacan

O presente trabalho parte do interesse em retomar a experiência de 10 anos numa enfermaria de um hospital municipal, destinada ao acolhimento de adolescentes em crise, na cidade de Niterói. Propomos abordar essa história menos para lembrá-la do que para escrevê-la como registro de um trabalho, e inscrevê-la como um percurso institucional, tentando produzir consequências teóricas que poderão ser de interesse para aqueles que trabalham com adolescentes, a partir da psicanálise, nos serviços de saúde mental. Com isso, não queremos, todavia, dizer que a tomamos como um modelo a ser seguido. Muito pelo contrário: queremos estabelecer as condições em que foi criada, destacando justamente que se tratou de uma experiência particular, dentro de um hospital específico, e num momento singular da rede de saúde mental de Niterói. Ou seja, essa história possui características próprias ao contexto no qual surgiu, e a partir do qual foi sustentada.

A internação, em especial a de crianças e adolescentes, é um assunto controverso nos dias de hoje, quando o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira questiona a própria existência dos hospitais psiquiátricos. A Reforma está pautada em duas proposições básicas: a valorização dos serviços extra-hospitalares e a extinção dos hospitais psiquiátricos (TENÓRIO, 2001). Abordar uma enfermaria para crianças e adolescentes dentro de um hospital psiquiátrico problematiza, portanto, suas principais diretrizes.

O fato de a enfermaria situar-se dentro de um hospital pode prover uma experiência de contenção e eventual acolhimento em momentos de desorganização subjetiva. Mas os muros, por si só, não dizem nada do trabalho clínico realizado durante uma internação. Falar em contenção real dos muros é diferente de positivar o manicômio nos seus antigos moldes de isolamento e abandono (MANNONI, 1971). Por outro lado, é importante esclarecer que a internação a ser abordada não se confunde com a prática atual, compulsória para usuários de drogas, em especial do crack; nem com a política proposta pelo judiciário, como medida cautelar para adolescentes em conflito com a lei; nem, tampouco, com o abrigamento realizado pelo campo da assistência social. Nossa proposta é considerar a internação como um ato clínico, que intervém num momento específico na vida de um sujeito, articulado a uma proposta de tratamento, cujo recurso terapêutico principal é o campo da fala.

Num tempo em que a Reforma Psiquiátrica empenha suas forças no trabalho da Desinstitucionalização, vale ressaltar que, para muitos dos adolescentes recebidos na enfermaria, essa foi a primeira oportunidade de um laço institucional -fosse porque suas famílias não tinham conseguido se instituir como um eixo em torno do qual as referências pudessem se estabelecer, fosse porque, efetivamente, nunca tinham frequentado a escola ou se engajado em outro tipo de laço social que lhes servisse de baliza para se orientarem no mundo. Se levarmos em conta as situações de abandono e mortificação que as institucionalizações prolongadas provocam, o desafio posto para este trabalho é o de conceituar o lugar e a função de um acolhimento clínico temporário num contexto de uma enfermariapsiquiátrica.

A proposta da tese ganha especial relevância nesse momento em que, após 10 anos de funcionamento, a enfermaria-campo dessa pesquisa foi extinta¹. Após o impacto dessa notícia, nos interrogamos sobre a pertinência em levar à frente o nosso tema, que destaca e valoriza, justamente, esse dispositivo terapêutico como recurso clínico nos momentos de grave desorganização psíquica.

A enfermaria foi, durante os anos em que funcionou, estrategicamente importante no acolhimento aos adolescentes em crise, cujos laços sociais, incluindo o contexto familiar, escolar, e, às vezes, mesmo o de tratamento, encontravam-se fragilizados, esgarçados, quando não já completamente rompidos. Como efeito de seu fechamento repentino, vimos surgir uma série de questionamentos. O que levaria, num momento de crise econômica, à escolha de desativar justamente um serviço para a população infanto-juvenil? O que isso diz da especificidade dessa clientela?

Nesse momento em que vemos todo o projeto do Sistema Único de Saúde (SUS) sofrer grandes abalos, a ponto de correr o risco de ser completamente desarticulado, e em que reconhecemos a efetividade do desmonte no campo da saúde mental, é necessário nos interrogarmos sobre as consequências desse retrocesso (BRASIL, 1999-2001). Tivemos notícias, recentemente, de que, como a rede de saúde mental de Niterói não conta mais com um local específico para o acolhimento de crianças e adolescentes em crise, nem com leitos para uma internação, quando esta se fizer necessária, estes voltaram a ser recebidos e tratados na emergência do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, a partir da clínica com os pacientes

¹O Serviço de Internação de Crianças e Adolescentes do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba (SIAC/HPJ) foi desativado em março de 2017, como resposta à exigência dos gestores municipais da saúde pública para a redução de custos no orçamento da saúde mental.

adultos, num contato direto e assustador com situações de pacientes psicóticos em surto, eventualmente contidos ao leito, ou sob os efeitos de abstinência do uso de drogas.

Consideramos que a extinção da enfermaria foi uma involução no trabalho clínico com a população infanto-juvenil do município, na medida em que se perdeu toda a construção em torno do que poderia ser um acolhimento protegido, e uma intervenção artesanal com os adolescentes nos momentos de crise. Tais situações são, como se sabe, muito difíceis para as famílias, e, quando se veem sozinhas na lida cotidiana com essas tensões, acabam extrapolando suas possibilidades na tentativa de lidar com o sofrimento de seus filhos. A desarticulação deste dispositivo clínico da rede de saúde mental infanto-juvenil pode levar ao recrudescimento de antigas estratégias utilizadas para lidar com crianças e adolescentes como, por exemplo, a contenção física caseira e a medicalização excessiva. Isso nos leva a problematizar o que, de fato, pode ser violento para os adolescentes.

Essas questões nos remetem diretamente às razões pelas quais a própria enfermaria foi criada. A literatura na área da saúde mental (BRASIL, 2005) demonstra que a clientela infanto-juvenil, até muito recentemente, não era efetivamente assumida no campo da saúde mental, como veremos no capítulo 1. A constatação de que essa população permaneceu por tanto tempo invisível ao campo da saúde mental, e de que foi a última a ser incluída nas deliberações das políticas públicas nesse campo de atuação, parece ser da mesma ordem daquela que escolhe a enfermaria para crianças e adolescentes como o serviço a ser suprimido da rede nesse momento de corte de gastos.

Quanto à “economia de meios”, parece difícil transmitir aos gestores que a oportunidade em acolher, nos serviços de saúde mental, crianças e adolescentes que, desde cedo, apresentam dificuldade expressiva como o “estar na vida” é uma aposta num horizonte menos conturbado para eles, porque já estarão sendo acompanhados. Demonstraremos que faz diferença acompanhar o adolescente em dificuldades de fazer e/ou estar no laço social, num tempo e num lugar em que o acolhimento e o tratamento dessas dificuldades possam produzir desdobramentos que favoreçam a construção das condições de frequentarem o laço social agora e no futuro.

Mas o que é estar no laço social? Para Lacan, os laços sociais são tecidos e estruturados pela linguagem e, portanto, denominados discursos. Dedicou um de seus Seminários (1969-1970) à proposição da ideia de que o discurso é que faz laço². O que nos interessa ressaltar, no âmbito desse trabalho, é a dimensão posta por Lacan de que, para nos

²Para isso, propõe formas de laços sociais a partir da definição de 4 discursos: do mestre, do universitário, da histórica, do analista.

tornarmos humanos, é preciso estabelecer ligações com o outro cuidador no início da vida, mas com os pequenos outros ao longo dela. Esse “eu”, imagem que temos de nós mesmos, é constituído pela passagem pelo campo do Outro como lugar de alteridade, e o retorno que dele obtemos. É a palavra que vem do outro que nos permite construir nossa imagem, nossos valores, as marcas que nos determinam, antes mesmo do nascimento, mas não apenas. Tudo o que constitui um sujeito se dá a partir das trocas estabelecidas com os outros à sua volta. Chamaremos de “laço social” a possibilidade que um sujeito tem de se vincular a outros, estabelecer e manter laços de amor, amizade, profissionais, ou de outra ordem, seja no um a um das relações pessoais ou nas relações de grupo, e nos laços coletivos. Pois, quando estamos na posição de acompanhar a passagem da adolescência para a vida adulta, percebemos que as questões singulares de cada um também dizem respeito ao olhar sobre o mundo à sua volta, à entrada na esfera pública, para além da vida privada, do âmbito familiar.

As questões, que foram se produzindo ao longo dos anos de trabalho, decorrem de uma constatação clínica inicial: a frequência com que o desencadeamento da psicose acontece na adolescência. A investigação a ser desenvolvida na tese tem como referência teórica a clínica psicanalítica com pacientes adolescentes, sejam eles neuróticos ou psicóticos, e, em especial, as especificidades da transferência nesses quadros clínicos.

Na enfermaria em discussão, a direção clínica proposta para o acolhimento aos adolescentes consistia em oferecer a possibilidade de uma escuta para os momentos de crise, levando em conta que o trabalho com a palavra depende do enlaçamento transferencial. Nem toda crise que eclode na adolescência precisa de uma intervenção tão radical como uma internação psiquiátrica, mas muitas das desorganizações subjetivas que acontecem nessa fase acabam chegando às emergências psiquiátricas, e é preciso acolhê-las. O que elas nos dizem desse tempo na vida de um sujeito, no qual, como ressalta Melman (2000), o adolescente “não encontra o lugar de seu gozo”? Seriam episódios da chamada “crise da adolescência”? Como identificar quando uma desorganização subjetiva revelaria uma dificuldade em passar pelas exigências do tempo da adolescência, ou quando já revelariam algo mais grave, como o desencadeamento da psicose?

Se transferência é o campo onde o tratamento acontece (FREUD, 1917), essa máxima também vale para a clínica com os adolescentes e, por isso, torna-se fundamental retomar tal conceito no contexto do acolhimento aos adolescentes em crise. O trabalho realizado na enfermaria partia da aposta que a transferência se estabelece como um laço pela palavra, promovendo um vínculo entre os adolescentes, seus familiares e a equipe que os recebia. E

incluía, também, a transmissão do que foi apurado, no trabalho clínico feito na enfermaria, para os serviços que receberiam os pacientes para tratamento após a alta hospitalar.

Esse trabalho de escuta à crise só foi possível por conta dolugar que a enfermaria pôde ocupar para os envolvidos. Para alguns, foi uma primeira experiência de endereçamento da palavra; para outros, operou como contorno e proteção em momentos de rompimento e/ou esgarçamento do laço social; para outros, ainda, se revelou um contato inaugural com uma experiência institucional, ou seja, uma oportunidade de estabelecer um laço mais efetivo com o campo do Outro.

As crises que chegavam à enfermaria nem sempre apresentavam uma sintomatologia produtiva clássica, como as alucinações auditivas, experiências de alteração da senso-percepção, entre outros fenômenos presentes na clínica da psicose com os adultos. Em relação aos adolescentes, observávamos um movimento de errância (tanto no sentido de um vagar sem rumo, se perder, como no sentido de cometer erros, errar, nas “bateções” de cabeça tão próprias à dinâmica inconsciente dos adolescentes), além de uma incapacidade de fazer e/ou manter laços sociais e vinculações institucionais.

A errância adolescente nos deixa ver que, na passagem para a vida adulta, há um lugar de partida, a puberdade; mas a chegada ao horizonte visado enfrentará alguns desafios: as repactuações edipianas, o encontro com o sexual, a descoberta do outro sexo, a busca por novas referências identificatórias que não os ideais familiares. A maneira e os recursos com que cada adolescente enfrentará essas convocações dizem respeito diretamente a como se deu a construção de sua imagem corporal na infância, a partir da incidência da linguagem, e a como se estabeleceram suas trocas com o campo do Outro (que será abordado no capítulo 2).

Para nos aproximarmos do que seriam as crises subjetivas que aparecem na adolescência, será necessário retomar a constituição do sujeito para a psicanálise, a partir da referência teórica à obra freudiana e ao ensino e à transmissão de Lacan, identificando as operações que distinguem o campo das neuroses do das psicoses.

No que se refere ao trabalho clínico sustentado a partir da transferência como “ato de palavra”, vamos analisar o desafio posto para o adolescente, num momento em que não conta mais com as referências que lhe serviram de balizas até então, no endereçamento ao campo do Outro. Quanto à psicose, será necessário resgatar, a partir de uma leitura psicanalítica, a forclusão do Nome-do-Pai como operação que a distingue da neurose, destacando as consequências implicadas na constituição da imagem corporal e na possibilidade do psicótico frequentar o laço social.

O interesse principal de nossa investigação recairá sobre os efeitos produzidos pelo trabalho com a palavra, tanto para os adolescentes como para seus familiares. Isso implica dizer que há a necessidade de acolhermos, também, a dificuldade, sempre presente, no laço entre eles. A partir de vinhetas de situações clínicas recebidas e acompanhadas neste dispositivo clínico, apontaremos como o enlaçamento transferencial dado pelo trabalho com a palavra e o contorno institucional promovido pela enfermaria favoreciam, para alguns deles, a retomada do laço social, fosse constituindo novos enlaçamentos com suas referências familiares, quando elas ainda existiam, fosse elaborando novas possibilidades de amarrações simbólicas, em especial com a retomada ou o engajamento no tratamento após a alta.

Colocar em palavras o sofrimento e endereçá-lo a alguém que possa acolhê-lo pode ser um momento de reescrever a própria história, ou, quem sabe, até de construí-la, de forma inaugural.

O MOMENTO DA PUBERDADE E O TEMPO DA ADOLESCÊNCIA

Nessa pesquisa, decidimos adotar a terminologia “momento da puberdade” e “tempo da adolescência”, por entendermos que a puberdade é um momento pontual, que pode ser localizado a partir das transformações reais que acontecem no corpo do jovem, tanto no que se refere à sua imagem, quanto ao seu funcionamento. Já a adolescência abrangeria um tempo lógico, em que cada jovem, seguindo seu ritmo, se colocaria na posição de construir respostas singulares para as exigências que vêm com a puberdade. Essa nomeação “tempo da adolescência” também guarda a dimensão própria da temporalidade na psicanálise, distanciando-se do cronológico e apontando para um tempo “só depois”, que informa a posteriori como terá sido a constituição do sujeito no início da vida. Essa passagem pelo tempo da adolescência em direção ao mundo adulto é vivida de forma singular, e não pode ser nem prevenida, nem encurtada, mas pode ser acompanhada pelos adultos de referência para cada adolescente, a fim de que não estejam tão sozinhos nessa travessia.

As questões teóricas a serem trabalhadas na tese – o trabalho clínico com adolescentes em crise, a questão da transferência com adolescentes e também com jovens psicóticos, a psicanálise nos serviços de saúde mental –, apesar de surgirem no contexto dessa enfermaria, não se reduzem a ele. Dizem respeito à própria clínica psicanalítica. Dessa forma, daremos destaque a formulação da transferência como o campo da fala endereçada (LACAN, 1953-1954), para localizá-la como a primeira de nossas instituições (CZERMAK, 2012), que

incidiria na regulação do próprio funcionamento pulsional dos adolescentes, a partir das referências simbólicas oferecidas pelo contorno institucional da enfermaria.

O desenvolvimento do nosso trabalho será, então, o seguinte: no primeiro capítulo, abordaremos o advento da adolescência em nossa sociedade, fazendo um contraponto em relação a como as sociedades tradicionais viviam a passagem da infância para a vida adulta; indicaremos como o fato da adolescência ter-se revelado um tempo lógico de articulação do sujeito à estrutura veio se tornando um campo de interesse para o estudo e a pesquisa psicanalítica (MONTEIRO, 2011). Para indicar o campo teórico-institucional do estudo, problematizaremos a inclusão tardia das crianças e adolescentes nas políticas públicas de saúde mental, e daremos destaque à construção da rede de saúde mental infanto-juvenil de Niterói/RJ. Apresentaremos o Serviço de Internação de Adolescentes e Crianças do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba (SIAC/HPJ), de onde partem as questões clínicas a serem examinadas na tese, descrevendo seu funcionamento institucional, e sua proposta de intervenção com os adolescentes em crise e seus responsáveis. Para concluir, destacaremos pequenos fragmentos de situações clínicas chegaram ao SIAC, com o objetivo de indicar a variedade de situações clínicas que acolhíamos.

No segundo capítulo, retomaremos, em Freud e Lacan, a constituição do sujeito para a psicanálise, em sua articulação com o campo do Outro, a partir da construção do circuito pulsional e da relação com a linguagem. Lançaremos mão das formulações de Laznik (2013) para abordar a montagem pulsional num circuito em três tempos, indicando que o remate final desse percurso tem como efeito a especificação das bordas e do contorno corporal, o que resulta, ao mesmo tempo, no aparecimento do sujeito, do pequeno outro e na demarcação do campo do Outro. Apontaremos o que, a partir da psicanálise, distingue as estruturas clínicas da neurose e da psicose, indicando como o despertar pulsional na puberdade coloca desafios que terão incidências diferentes em função de como terão sido, para cada um, os primeiros tempos da construção da imagem corporal e da entrada na linguagem. Daremos destaque a como a passagem pela adolescência, que engendra o encontro com o corpo infantil transformado, pode abalar a imagem corporal, produzindo respostas variadas, desde o movimento de alguns jovens demarcarem seu contorno corporal através dos piercings, e tatuagens, até os episódios de desespecificação pulsional (CZERMAK, 2012), despersonalização, entre outros. Para finalizar esse capítulo, apresentaremos duas vinhetas clínicas, que nos demonstrarão, a especificidade do funcionamento pulsional na psicose.

No terceiro capítulo, discutiremos como a chegada da puberdade, após a latência, inaugura um novo tempo para o sujeito. Com Freud (1905), veremos que a “intensificação

pulsional” característica desse momento pode levar ao adoecimento psíquico, e, com Lacan(1962-1963), a indicação de que a passagem pela adolescência pode se revelar tanto um tempo de aberturas como de desencadeamentos de crises. Destacaremos que, além das transformações corporais, o encontro com o sexual, a transformação na posição em relação ao saber, e o afastamento das figuras parentais são os desafios a serem enfrentados nesse momento da vida. Indicaremos a crise da adolescência (MELMAN, 1997; 2000) como resposta singular aos abalos subjetivos experimentados, e interrogaremos se o desencadeamento da psicose na adolescência pode revelar a dificuldade de alguns jovens suportarem as convocações com as quais são confrontados na assunção de um novo lugar no laço social. A dificuldade em estabelecer o diagnóstico da infância e na adolescência nos levará à discussão sobre a necessidade em investigar de que ordem são as crises que eclodem na adolescência, e que muitas vezes aparecem através dos “atos” dos adolescentes, a fim de nos orientar em relação às manobras transferenciais possíveis em cada situação.

Finalmente, no quarto e último capítulo, retomaremos com Freud e Lacan, o conceito psicanalítico da transferência como o ato de endereçamento da palavra, ou seja, um laço que se estabelece entre alguém que fala e um outro que recebe o endereçamento da palavra, a fim de analisarmos as especificidades do enlaçamento transferencial na adolescência e na psicose. Demonstraremos, através de algumas situações clínicas, como a aposta no laço transferencial com a equipe e no contorno institucional promovido pela enfermagem, e pelo hospital, promovia o trabalho com a palavra nos momentos de crise. Nosso interesse é investigar, a partir de uma leitura psicanalítica, os efeitos e consequências das diferentes formas de acolher o sofrimento psíquico dos adolescentes.

Para concluir, retomaremos a indicação deixada por Lacan, ao final de seu ensino, quanto à possibilidade de novas amarrações para os três registros que constituem a realidade humana, a saber, o Real, o Simbólico e o Imaginário. Retomaremos a ideia da invariância da função paterna (SCIARA, 2016) como indicação de que, apesar da constatação da decadência da imago social do pai como principal referência simbólica em nossa sociedade, haveria novas possibilidades de amarração dos três registros, a partir do “tecer novos Nomes-do-Pai”(TYZSLER, 2017). Essas novas possibilidades de enodamento dos registros se apresentariam como possibilidade de suplência para a psicose, mas também como uma direção clínica no trabalho com os adolescentes em momentos de crise.

CAPÍTULO 1 A PSICANÁLISE, A ADOLESCÊNCIA E A ENFERMARIA: O CAMPO TEÓRICO-INSTITUCIONAL DA EXPERIÊNCIA

É preciso várias gerações para formar clínicos à altura, mas as destruições acontecem rápido.

Marcel Czermak

Nesse primeiro capítulo, temos por objetivo construir o campo de investigação da presente pesquisa; para isso, abordaremos, inicialmente, o advento da adolescência na nossa sociedade. Considerando que este não é um conceito propriamente psicanalítico, nos interessa fazer uma leitura do que seria esse tempo na vida de um sujeito, investigando o lugar que ocupa hoje em dia, inclusive no campo da pesquisa psicanalítica, em contraposição à forma como essa travessia da puberdade para a vida adulta tinha nas sociedades tradicionais. Abordaremos a adolescência como uma passagem de tempo singular para cada um, na medida em que não é determinada cronologicamente, diferente do momento da puberdade, no qual as transformações reais no corpo podem ser reconhecidas pelo desenvolvimento orgânico em determinada fase da vida.

Após investigarmos o que a psicanálise teria a dizer quanto ao tempo da adolescência, contextualizaremos a entrada tardia da população infanto-juvenil nas políticas públicas de saúde mental no Brasil. Esse fator é relevante, pois, como veremos, ainda é recente o acolhimento a essa população nas redes de saúde mental, e como ainda estamos dando os primeiros passos na consolidação das ações para crianças e adolescentes neste campo. Retomaremos o contexto da construção da rede de saúde mental infanto-juvenil de Niterói e seus desdobramentos, destacando como se impôs a necessidade de um lugar para acolher as situações de adolescentes em crise, estivessem ou não já inseridos em tratamento na rede. Tendo estabelecido o terreno conceitual e institucional de nossa pesquisa, faz-se necessário também situar o campo clínico que suscitou as questões da tese.

Nesse tempo de visível desconstrução do Sistema Único de Saúde (SUS), no qual a vulnerabilidade do atendimento a crianças e adolescentes pelo campo público da saúde mental reaparece, torna-se relevante retomar a experiência da construção dessa enfermaria na rede de saúde mental infanto-juvenil no município de Niterói, avaliando seu lugar e sua função no conjunto dos serviços. Nesse capítulo, apresentaremos, ainda, algumas vinhetas clínicas, para ilustrar a variedade de situações que chegavam para avaliação, observação ou internação na enfermaria. Nossa visada examinará os efeitos do enlaçamento transferencial e

do contorno institucional que o trabalho clínico realizado nesta enfermagem pôde ter para alguns adolescentes e suas famílias.

1.1 PSICANÁLISE E ADOLESCÊNCIA

Visando construir nosso terreno clínico-conceitual, faz-se necessário situar o que seria a psicanálise teria a dizer da adolescência, na medida em que não se trata de um conceito do campo psicanalítico. Considerando que “o *fenômeno da adolescência* é muito recente em nossa cultura” (MELMAN, 1999, p.21, grifo nosso), o interesse em resgatar seu lugar no mundo contemporâneo nos levará a abordar essa temporalidade própria da adolescência, a partir do hiato entre a maturidade orgânica e a falta de reconhecimento social desse novo lugar que o adolescente é chamado a ocupar. Para nos aproximarmos do que poderia ser uma leitura psicanalítica sobre esta fase da vida, retomaremos as articulações de alguns autores, destacando o contraponto entre o lugar instituído que este momento de passagem para a vida adulta tinha nas sociedades tradicionais e a forma como a nossa sociedade o concebe. Por ter se revelado um momento definitivo na constituição do sujeito, demonstraremos como a adolescência vem se tornando um campo rico de interesse clínico e teórico para a psicanálise.

1.1.1O advento da Adolescência

Definir a adolescência na nossa cultura não é uma tarefa simples. A concepção moderna que temos dessa transição entre a infância e a vida adulta começou a ser forjada a partir do século XIX, com a ascensão da sociedade burguesa e o estabelecimento da separação entre público e privado (ARIÈS, 1981). Até então, a saída da infância era marcada pelo amadurecimento dos caracteres sexuais, que tinham como principal objetivo indicar que a criança se tornara apta a casar, estabelecendo assim a passagem para a vida adulta (MELMAN, 1999).

Para Saggese (2001), é necessário reconhecer o fato de que cada sociedade, e cada tempo de uma sociedade, lidam com os acontecimentos biológicos e com a organização de suas relações de parentesco de forma diferenciada. Assim, tanto a estrutura familiar como a delimitação das diversas fases ou idades da vida sofrem mudanças determinadas por transformações sociais. Na medida em que a sociedade baseada na organização social coletiva começa a ser atravessada pelos valores individualistas, surge a família moderna,

preocupada com a criação dos filhos e com a privacidade: “a construção do estado moderno com seus corolários de liberalismo econômico, racionalismo, democracia representativa, etc., é o motor da separação entre o público e o privado, este representado, sobretudo pela família” (2001, p.62). Dessa forma, o processo de distanciamento entre o estado infantil e a vida adulta vem acompanhado pelo surgimento de um novo período etário. Ao diferenciar a puberdade da adolescência, Saggese (idem, p.57) destaca que a primeira seria o período de transformações biológicas pelas quais todo indivíduo passa em determinada idade, e a segunda um estado transitório, de duração indeterminada, marcado por vicissitudes psicológicas e sociais que atingem o jovem no período próximo à puberdade.

Saggese (idem, pp.60-61) ressalta, ainda, que, ao contrário das sociedades tradicionais, nas quais a entrada na vida adulta era demarcada pelos rituais, na nossa o adolescente encontra um descompasso entre a maturidade orgânica e a falta de reconhecimento social de seu novo estatuto sexual. Quando essa operação é ritualizada, a passagem de criança a adulto não provoca os conflitos e indefinições que observamos entre nós. A produção de uma identidade para o sujeito, naquelas sociedades, só seria possível através das relações com os outros, no registro da coletividade, exercendo uma função introduzida pelos ritos. Assim, todo o remanejamento geracional seria construído de forma a manter a agregação social. Na nossa sociedade, em contraposição, o grupo social não desempenha o mesmo papel que nas sociedades tradicionais. Ainda que o adolescente almeje o reconhecimento social de seu novo lugar, a passagem da vida infantil para o mundo adulto seria uma vivência privada, que aconteceria no campo da interioridade psíquica.

Para Alberti(2002, p.197), as sociedades tradicionais, através da tradição oral e dos ritos de passagem, sustentavam a marcação simbólica da ascensão a um novo lugar. A partir dessa inscrição, o indivíduo iniciado viria a assumir um novo papel dentro daquele grupo social. O rito iniciático seria, portanto, um esforço de simbolização e sua função principal seria sustentar, para o sujeito adolescente, que há condições para participar do sistema social, comunitário.

Para Rassial(1997b, p.14), nas sociedades fundadas na transmissão oral, os ritos de iniciação preservavam o “não lugar do adolescente”. Ou seja, porque não há nelas o lugar da adolescência, as cerimônias viriam simbolizar a entrada na vida adulta. Já na nossa sociedade, essa falta de lugar engendraria algumas consequências: a violência contra a lei, o engajamento em causas políticas, religiosas, sociais. Os movimentos dos adolescentes apareceriam como sintomas, mas também seriam tipos de saídas encontradas por eles para lidar com sua angústia frente à falta de reconhecimento social.

Portanto, há desafios no processo do adolecer na nossa sociedade. Como aponta Gutierrez:

O “adolecer” é o substituto da eficácia ritual perdida na modernidade. A resposta do jovem ao se deparar com o real pubertário será adolecer, palavra de origem latina que significa crescer. O tempo da adolescência surge como fruto da modernidade, dos movimentos históricos e sociais, forçando, por sua vez, alterações e transformações significativas na subjetividade. Trata-se de uma operação psíquica efetuada no interior de cada subjetividade, em equivalência aos processos simbólicos de “adultificação” presentes nas sociedades tradicionais (2003, p.29).

Para Rassial (1997), o interesse dos psicanalistas pela adolescência é recente, porque, até há pouco tempo, o foco recaía na infância, ou se voltava para a vida adulta, com os efeitos e consequências do que teria acontecido nessa fase. Para o autor, a adolescência começaria por uma transformação biológica (com a puberdade) e terminaria com uma transformação social, marcada pela entrada e ocupação de um lugar na vida social adulta. Na adolescência, a estrutura subjetiva, assim como a imagem do eu, seria colocada em causa. Rassial afirma que os comportamentos paradoxais do adolescente (a iniciação da vida sexual, passando pela vivência da escolha objetal, sem levar em conta a diferença entre os sexos; o incesto fraterno; a maternidade precoce; os episódios de bebedeira; a iniciação nas drogas) seriam “ensaios” para alcançar a vida adulta. E aí se coloca um dos interesses de nossa pesquisa: a diferença que pode fazer a forma como acolhemos essas experimentações adolescentes.

Octave Mannoni aponta que o termo *adolescência* teria surgido pela necessidade de integrar essa faixa etária na sociedade como um todo (1996, p.22). Segundo ele, as dificuldades para o adolescente na construção de seu percurso têm a ver com a necessidade do remanejamento das identificações infantis (idem, pp.80-83). O processo psíquico em jogo na adolescência seria, então, a passagem das identificações primárias construídas na infância para outras, ainda a serem estabelecidas. O remanejamento das antigas identificações geraria respostas sintomáticas vindas do adolescente. As dificuldades em conciliar as exigências atuais com as do ideal infantil que lhe serviram até então provocariam abalos importantes, sendo o mais grave a possibilidade do desencadeamento da psicose (idem, p.86).

Se a puberdade se revela como o momento do despertar pulsional e das transformações corporais, a adolescência passa a ser entendida como o tempo da subjetivação dessas transformações, através das respostas singulares vindas de cada um. Veremos, a seguir, os desafios postos para o adolescente nesse percurso.

1.1.2 Os desafios a enfrentar na Adolescência

Levando em conta as inúmeras mudanças em jogo na adolescência, privilegiaremos, em nossa discussão, as questões referentes ao encontro com o corpo em transformação, o desafio da escolha do objeto sexual, e a queda das referências simbólicas, em especial das figuras parentais.

Sônia Alberti (2002, pp.21-30) resgata o trabalho de vários autores sobre a adolescência a partir de alguns eixos principais: as transformações corporais e psíquicas ocorridas a partir da puberdade, a organização genital definitiva, a ruptura do sentimento de continuidade de si, e a separação dos pais. Desse resgate, a autora destaca que a adolescência coloca um questionamento ao registro do simbólico, que, até então, dava conta de responder as questões colocadas pela infância, mas revela-se insuficiente para lidar com esse real do sexual impossível de simbolizar (idem, p.31).

Alberti esclarece que o adolescente teme o reencontro com seu corpo por não saber como se servir dele. Aponta que o jovem precisará refazer o conhecimento que tinha de seu corpo, agora desconhecido, tanto porque lhe apresentou novas sensações, como porque ganha um novo olhar vindo do campo do Outro. Assim, a refundação da imagem do corpo, até então ligado ao olhar dos primeiros representantes do Outro, por exemplo, o olhar materno, será apoiada na referência ao olhar de seus pares. Alberti ressalta que, hoje em dia, com a falta de um recurso coletivo que oriente o caminho da vida adulta para os adolescentes, como acontecia nas sociedades primitivas, o sujeito se veria impossibilitado de responder aos impasses que surgem a partir do encontro com esse real de um corpo sexuado. A impossibilidade de simbolizar a falta da relação sexual, na medida em que essa ligação entre dois corpos é sempre faltosa, levaria cada adolescente a ter de escolher entre submeter-se a, interrogar ou evitar essa questão em relação ao simbólico (ALBERTI, 1996, pp.30-31), e sua resposta seria definitiva para sua estruturação subjetiva.

Retomando Lacan, a autora situa a especificidade da adolescência como sendo o encontro com o despertar sexual, e se interroga por que as dificuldades com as quais o sujeito se encontra eclodem nesse período (ALBERTI, 2002, p.152). Considera que o preço a pagar seria o da castração que, segundo ela, nessa altura da vida, diria da necessidade da separação das figuras parentais e tudo o que isso implica na vida de um jovem (1996, p.32).

Podemos acompanhar, pela clínica, e mesmo na vida cotidiana, como as transformações no corpo, que têm início na puberdade, empurram o sujeito para o tempo da adolescência. O abalo na imagem do corpo construído na infância, pela maturação real que

se dá a partir da puberdade, coloca o sujeito frente à necessidade de se reapropriar desse transformado. Segundo Rassial (1999, p.18), o corpo adolescente é afetado de quatro modos complementares:

- 1) Pela modificação de seus atributos (crescimento dos órgãos e pelos, alteração da silhueta);
- 2) Pelo seu funcionamento (genitalidade, menstruação, mudança de voz);
- 3) Por sua semelhança com o corpo do adulto (identificação ao genitor do mesmo sexo);
- 4) Pela valorização que vem pelo olhar do outro, seja ele adolescente, ou adulto.

Para o autor, esse corpo transformado na adolescência muda de estatuto e de valor a partir do olhar oriundo do campo do Outro. A mudança de estatuto se dá especialmente porque a genitalidade passa a ocupar uma posição dominante para o adolescente, e a mudança de valor acontece porque o olhar privilegiado sobre esse corpo não vem mais dos pais, e sim de um semelhante -um olhar que pode ser tanto de comparação (com colegas do mesmo sexo), como também um olhar desejanste que, em geral, vem do outro sexo³.

A estruturação da imagem do corpo constituído na infância é, assim, posta à prova, e podemos observar seus desdobramentos pelas mudanças que começam a acontecer nessa fase em relação à forma de falar, de se vestir, e também no interesse pelas tatuagens, piercings, e no limite pelas escarificações, como maneira de re-estabelecer a relação com o corpo. Elas seriam estratégias para conquistar um novo lugar inaugurado pelo despertar da puberdade. O reencontro com o corpo infantil transformado, a escolha do objeto sexual e a consequente separação das figuras parentais, configuram os principais desafios a serem enfrentados nesse novo tempo na vida, como veremos ao longo de todo o trabalho.

1.1.3 A adolescência como tempo mais lógico que cronológico

A passagem da infância para a vida adulta não é direta e raramente é uma transição tranquila. Diferentemente da puberdade, a definição etária da adolescência não encontra apoio nem nas especialidades da área médica, que não consegue defini-la em relação ao desenvolvimento do organismo, nem no campo jurídico, onde é considerada o período da ambiguidade entre minoridade e maioridade, irresponsabilidade e reponsabilidade (COSTA-MOURA, 2005, p.02). De que temporalidade se trata, então, na adolescência?

³Nos dias de hoje, no entanto, temos visto como a experimentação sexual na adolescência tem passado pela possibilidade de encontros com os dois sexos indistintamente.

Como visto até aqui, na nossa sociedade, a adolescência não é o resultado evolutivo de uma transição biológica e social. Este período consistiria num tempo mais lógico do que cronológico na estruturação do sujeito, justamente por não se tratar de um processo natural, e desenvolvimentista, dizendo respeito ao tempo de cada sujeito na elaboração das respostas que poderá dar ao despertar pulsional ocorrido na puberdade.

Costa-Moura & Freire, no artigo *Adolescência e o tratamento do impossível*, destacam que abordar este tema implica “admitir uma etapa lógica da articulação do sujeito à estrutura” (2008, p.05) que consideraria assumir o desejo sexuado em nome próprio. Mas o desejo sexual genital reservaria, para o sujeito, a experiência de um impossível: o encontro com a inexistência da relação sexual. A forma como o adolescente vive o encontro com a impossibilidade de simbolizar a relação sexual, e, em última instância a forma como irá responder à castração, definirá sua estrutura.

Ao retomarem Lacan, Costa-Moura & Freire destacam que a puberdade promove um encontro novo com o sexual. É o que o adolescente encontra, quando se trata de responder ao desafio posto pelo despertar da puberdade, é um pai faltoso, por sua impotência em promover o objeto adequado à resolução da questão do desejo infantil, assim como por seu fracasso em sustentar a interdição edípica que a ele se atribui. O adolescente constataria, então, que o pai não pode instituir e sustentar a castração, a não ser também se submetendo a ela. Ou seja, também para ele a interdição edípica o confrontou com a castração, barrando seu gozo infantil e o “assujeitando” ao seu desejo. Esse encontro com os limites da interdição sustentada em Nome-do-Pai atualizaria, para o adolescente, a impossibilidade de tudo representar, com a qual já fora confrontado diante do desejo genital, e que não é tributária nem da insuficiência paterna, nem da impotência do sujeito. A castração se revela aí como o preço a se pagar pela impossibilidade de tudo representar (idem, p.11).

O encontro com a solidão em relação ao Outro diria do lugar que o pai encarnava e, agora, deixa vazio. Acompanhamos, pelo encaminhamento das autoras, como o papel desempenhado pela função paterna e a elaboração da dimensão do impossível é um dos aspectos mais relevantes da clínica psicanalítica, e especialmente na clínica com os adolescentes. Em função do momento de suspensão em que se encontram, eles experimentam com mais radicalidade a desamarração das referências simbólicas, manifestando, nos impasses, atos e patologias, esse corte feito no real. Ressaltam que, para um adolescente sem notícias do impossível, a satisfação pulsional pode ter como destino “uma propensão ao agir”, chegando aos “extremos da dor e da morte” (idem, p.17). Nesse flerte com a morte, o perigo seria real, ou seja, expõem-se ao risco para sentir-se vivos.

Estamos acompanhando como, a partir das transformações corporais despertadas na puberdade, a adolescência se apresenta como uma convocação para o sujeito assumir novas responsabilidades, e, a partir de agora, em nome próprio. Assim, ela operaria um corte, uma ruptura, uma descontinuidade com o universo infantil, forçando o sujeito adolescente a assumir outro lugar no contexto familiar e no âmbito social. Para que isso possa se viabilizar, veremos como o sujeito precisará ter passado pela estrutura do Complexo de Édipo de tal forma a ter introjetado a lei paterna, até então sustentada por alguma encarnação na realidade. Consideramos que a forma como se dará essa articulação do sujeito à estrutura tem a ver com a inscrição ou não do significante Nome-do-Pai.

Ao longo da tese, traremos fragmentos clínicos que nos permitirão acompanhar como a entrada na puberdade, a partir das modificações no real do corpo, pode levar à irrupção de crises subjetivas graves em sujeitos que, até então, haviam conseguido permanecer estabilizados e mantendo algum laço com o outro. E aí se coloca a seguinte questão: por que, em algumas situações, as vivências próprias a esse momento da vida se tornam disruptivas? Há um interesse particular em investigar como poderá o sujeito se posicionar frente às exigências que se colocam para ele quando não conta com a interdição constituída e sustentada a partir do significante Nome-do-Pai, principal instância de amarração simbólica. Essa questão se coloca na medida em que, constatamos pela clínica, pode haver crise na adolescência apesar da inscrição do Nome-do-Pai ter acontecido. E por outro lado, há ocasiões em que, mesmo não tendo havido a inscrição do Nome-do-Pai, como na estruturação psicótica, pode não haver o desencadeamento deste quadro clínico. O que nos leva a questionar: o que poderia fazer função de enodamento dos três registros que constituem o sujeito, Real, Simbólico e Imaginário, em nossa sociedade, nos dias de hoje⁴?

Na sequência, passaremos a situar como se deu, ainda que tardiamente, a tomada de responsabilidade da clientela infanto-juvenil pelas políticas públicas brasileiras na área da Saúde Mental. Esse contexto nos interessa por ser o pano de fundo em que foi proposta a construção da rede de saúde mental infanto-juvenil de Niterói, e como desdobramento também o SIAC.

⁴Está em curso, atualmente, uma grande reflexão sobre a questão da invariância da função paterna. A discussão propõe que, mesmo frente ao declínio social da imago paterna, a função paterna, em sua dimensão simbólica, permaneceria atuando, contudo, a partir de outros operadores (SCIARA, 2016). Retomaremos essa discussão no capítulo 4.

1.2 A INCLUSÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL

A inclusão da população infanto-juvenil nas pautas de discussões político-assistenciais aconteceu somente a partir da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2001⁵. Desde então, firmou-se a urgência nas proposições de assistência e tratamento para crianças e adolescentes⁶. Ainda que a encomenda estivesse feita, ela, por si só, não construía o caminho. Era necessário que as gestões municipais criassem condições para que ações fossem propostas, instituídas e sustentadas. Condições essas de teor político e financeiro, mas também clínico e institucional.

Em Niterói, o ponto de partida para a tomada de responsabilidade sobre o tratamento de crianças e adolescentes foi desencadeado pela demanda da rede municipal de educação de que a rede de saúde mental recebesse 323 crianças e adolescentes para tratamento. O endereçamento da Secretaria Municipal de Educação gerou desdobramentos. Foi a partir desta demanda que, em março de 2004, a Coordenação de Saúde Mental⁷ (CSM), que já tinha se sensibilizado quanto à necessidade de iniciar ações para incluir o atendimento de crianças e adolescentes na rede pública, decidiu instituir a Equipe de Referência Infanto-juvenil (ERIJ) como primeiro passo na direção da construção de uma política de assistência em saúde mental para este público. O interesse apontado pela CSM era a abertura do primeiro Centro de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes - CAPSi - em Niterói, mas a ERIJ considerou que esse seria o horizonte a ser alcançado como desdobramento da abertura da rede de saúde mental para tal clientela.

⁵ Nesse mesmo ano, a Lei 10.216, chamada Lei da Saúde Mental, promulgou diretrizes sobre a proteção e os direitos dos portadores de transtorno mental, re-direcionando todo o modelo de assistência em saúde mental no país. E, no ano de 2002, são lançadas as portarias 189 e 336, que estabelecem as normas de organização e funcionamento dos serviços extra-hospitalares, tipo CAPS, incluindo os CAPSis. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços extra-hospitalares, que tem como público alvo os quadros clínicos considerados mais graves no campo da saúde mental, e que, por isso, necessitam de um atendimento de alta complexidade. A avaliação para a indicação de tratamento nos CAPS não é referida exclusivamente ao diagnóstico psiquiátrico. Outros elementos são considerados para a admissão num CAPS, como o nível de cuidados demandado por cada paciente. São levados em conta os recursos sociais e familiares nos quais se baseiam para se organizarem na vida, além das possibilidades de cada um conseguir se manter no laço social, ou seja, se estão engajados em atividades laborativas, culturais, e também no relacionamento com outros. Os pacientes que conseguem permanecer inseridos na vida familiar, manter seus laços sociais, de trabalho, etc., são encaminhados para os ambulatórios, na medida em que não precisam de cuidados diários tão intensivos. Os CAPSs são destinados à população que faz uso abusivo de álcool e outras drogas, e os CAPSi são voltados para a população infanto-juvenil.

⁶ Para uma maior aproximação da organização das ações para crianças e adolescentes no campo da saúde mental brasileira, conferir o documento *Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil* (BRASIL, 2005).

⁷ Na época, o Coordenador de Saúde Mental do Município era Fernando Tenório.

1.3 A REDE DE SAÚDE MENTAL PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM NITERÓI

A abertura da rede de saúde mental para a população infanto-juvenil precisou ser construída gradualmente, a partir do engajamento de profissionais - psicólogos, psiquiatras, pediatras, enfermeiros, assistentes sociais - que demonstravam interesse pelo atendimento a essa população, e pelo entusiasmo de outros que, aos poucos, foram se sensibilizando com a tarefa que tinham em mãos. O lugar para o acolhimento das crianças e adolescentes não estava pronto. Precisou ser cavado e sustentado nos serviços da rede de saúde mental, que, até então, recebia apenas adultos.

Uma das primeiras tomadas de decisão da CSM foi, ao invés da criação de uma rede específica para a população infanto-juvenil, apostar nos dispositivos já existentes, sensibilizando gestores, profissionais e coordenadores de serviços para a necessidade em abrir as portas da rede de saúde mental, já em funcionamento no município, também para o atendimento de crianças e adolescentes. Esta escolha se fez por duas razões. Primeiramente, por economia de meios. A rede, na época, contava com 6 ambulatórios, 2 CAPS para pacientes adultos e 1 CAPSad, além do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, que incluía emergência psiquiátrica e enfermarias para pacientes em condição psiquiátrica aguda.

Como o funcionamento dessa rede já estava consolidado, a CSM avaliou que seria mais interessante investir e apostar no conjunto de serviços já existente, trabalhando para construir uma boa articulação entre os serviços que se dispusessem a receber a população infanto-juvenil. Em segundo lugar, não nos pareceu necessário que essa população fosse tratada por *especialistas* da infância e adolescência, ou seja, profissionais que tivessem formação específica para o atendimento de crianças e adolescentes. Não apenas porque esses profissionais eram raros no campo da saúde mental, como porque não eram essas especializações que poderiam garantir o engajamento de que precisávamos nesse momento crucial de construção da rede. Nossa aposta, ao contrário, era a de que os profissionais da rede que se interessassem pelo atendimento a essa população pudessem se sentir respaldados para enfrentar o desafio em receber crianças e adolescentes, contando com o trabalho de supervisão, e com as reuniões de equipe para compartilhar os impasses e dificuldades apresentados por essa clínica.

Para favorecer uma primeira aproximação desses profissionais com a clientela que passaríamos a receber, a ERIJ ofereceu, ao longo do ano de 2007, dois cursos: *A clínica da saúde mental infanto-juvenil*, voltado para profissionais da rede de saúde, saúde mental,

educação, justiça e assistência social, e *A Psicofarmacologia na clínica da infância e adolescência*, para pediatras, psiquiatras, e neurologistas.

As primeiras ações da ERIJ tinham como objetivo preparar a rede de saúde mental do município para receber, de maneira sistemática, as crianças e adolescentes que precisassem de avaliação e/ou atendimento nos serviços de saúde mental. Inicialmente, fez-se um mapeamento de todas as ações já em curso no município para essa população, como atendimentos eventuais nos serviços de saúde, a identificação das escolas públicas de cada região, os programas da assistência social, e projetos de Organizações Não-Governamentais (ONGs). Intentava-se conhecer os dispositivos já oferecidos para essa população, mas também apresentar ao território em que iríamos trabalhar a proposta de funcionamento para a rede de saúde mental infanto-juvenil.

Paralelamente, os ambulatórios começaram a receber crianças e adolescentes, contando, cada um deles, com um profissional de referência para essa clientela. O profissional tinha como função fazer as articulações necessárias para a recepção da clientela nos serviços aos quais estivesse vinculado, e também organizar as articulações com outros dispositivos quando necessário. Uma busca ativa nos abrigos da assistência social foi realizada, no intuito de identificar situações até então invisíveis para a rede e que pudessem se beneficiar de avaliação ou atendimentos na saúde mental.

Com o avançar do trabalho, a ERIJ se transformou na equipe mínima que tomou em mãos a inauguração do CAPSi Monteiro Lobato, em outubro de 2005. Para consolidar e promover uma articulação permanente entre todos os dispositivos intersetoriais que prestavam serviços a população infanto-juvenil no município, instituímos o Fórum Municipal de Atenção em Saúde Mental para Crianças e Adolescentes. Nesses encontros, o objetivo era refletir sobre cada campo de atuação e compartilhar os impasses encontrados na lida cotidiana com crianças e adolescentes. Após todas as ações descritas acima, e em decorrência da chegada de situações clínicas de maior complexidade à rede de saúde mental, configurou-se a urgência em oferecer uma resposta para as situações em que a internação psiquiátrica de crianças e adolescentes se fizessem necessárias.

Podemos dizer que a inauguração dessa enfermaria se deu como desdobramento do próprio trabalho que a rede de saúde mental infanto-juvenil passou a realizar na recepção de crianças e adolescentes para tratamento. Assim, a criação de um lugar para acolher as situações de adolescentes em crise se impôs como o fecho de abóboda, ou seja, como a última peça a ser encaixada na construção e sustentação de um arco, e só encontrou sua função em

decorrência dos desdobramentos vindos da própria clínica com pacientes graves e/ou em crise⁸.

Dando sequência à construção do terreno em que a experiência clínica desta pesquisa se deu, apresentaremos agora a inauguração do Serviço de Internação para Adolescentes e Crianças (SIAC) no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba.

1.4 O SERVIÇO DE INTERNAÇÃO DE ADOLESCENTES E CRIANÇAS (SIAC/HPJ)

Para contextualizar o surgimento de nossas questões clínicas, faz-se necessário retomar os passos dados para a implantação da referida enfermaria como espaço de acolhimento e escuta. Assim como a intervenção com cada paciente era feita caso a caso, a partir da escuta daquilo que nos era endereçado por cada um, em sua singularidade, a construção desse dispositivo na rede de saúde mental infanto-juvenil de Niterói também se deu no passo e compasso do caminho que estava sendo trilhado. Não havia um modelo ou um manual de como fazê-lo, apenas a constatação, por parte dos profissionais que atuavam com essa população, de que era inadiável oferecer um lugar de acolhimento para situações de crise envolvendo crianças e adolescentes. Ressaltemos que a inauguração desse espaço e a implantação do trabalho clínico ali realizado só foram possíveis pela confiança, suporte e acompanhamento da direção do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba⁹.

O Serviço de Internação de Adolescentes e Crianças do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba-Niterói/RJ (SIAC) foi inaugurado em 2007. Ainda que, em seu nome, o Serviço designasse a possibilidade de acolher adolescentes e crianças, o que se constatou é que estas

⁸Para uma descrição mais detalhada da construção da rede de saúde mental infanto-juvenil de Niterói, conferir Oliveira & Sá (2013).

⁹O Hospital Psiquiátrico de Jurujuba (HPJ) foi inaugurado em 1953, tendo sido construído para ser referência estadual no tratamento de doentes mentais. Desde a década de 1960, se propôs a ser um hospital aberto ao ensino de psiquiatria e de assistência em saúde mental, inicialmente a partir da influência do Prof. Augusto Luis Nobre de Melo. A partir da década de 90, sob a direção do Dr. Eduardo de Carvalho Rocha, a vocação para o ensino, pesquisa e formação do HPJ foi revigorada, a partir de novos convênios de estágio, especialização e residências de psiquiatria, e multiprofissional, incluindo psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais. Após sua municipalização, e com a reorganização dos serviços públicos de saúde, o HPJ teve seu papel na rede definido pelo Programa de Saúde Mental, tornando-se unidade de referência para as internações e emergências, potencializando suas funções de apoio às situações agudas e emergenciais de saúde mental. O HPJ, que chegou a ter 700 pacientes internados no início de seu funcionamento, conta atualmente com 110 leitos, distribuídos entre: as enfermarias para pacientes agudos (feminina e masculina), os leitos de emergência, a enfermaria para usuários de álcool e drogas, e o albergue (ROCHA, 2003). No período considerado nesta tese, o diretor do HPJ era o Dr. Eduardo de Carvalho Rocha, e a diretora técnica, Dra. Sueli Azevedo. Também foram fundamentais, para articulação do trabalho do SIAC com o hospital e com a rede de saúde mental, a presença e colaboração da coordenadora da emergência Maritelmá Vieira, e da coordenadora-técnica Dalva Reis Barbosa. Para uma retomada da história do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba e de seu lugar na Reforma Psiquiátrica Brasileira, conferir Lazari (2018).

últimas raramente chegavam para internação. Nossa hipótese era que, quando crianças, as famílias, a escola e os serviços de tratamento acabavam conseguindo, de uma forma ou de outra, conseguiam manejar as situações críticas. Mas, com a chegada da puberdade, a intensificação pulsional, que trazia a reboque uma série de novas convocações, tornava mais complexo o que já poderia ser difícil no manejo cotidiano.

Para fazer frente à necessidade desse local para o acolhimento de crianças e adolescentes em crise, durante dois anos, entre 2005 e 2007, a Coordenação de Saúde Mental tentou seguir a orientação do Ministério da Saúde, segundo a qual a internação psiquiátrica da população infanto-juvenil deveria acontecer em hospital geral. Isso não foi possível em Niterói, porque tanto o Hospital Universitário Antônio Pedro como o Hospital Getúlio Vargas Filho, referência para atendimento clínico-pediátrico do município, alegaram não ter espaço físico adequado, nem equipe clínica qualificada para receber os quadros graves da saúde mental. Como a necessidade em oferecer uma resposta para os momentos de crise desses adolescentes se tornou inadiável, foram retomadas as conversas com a direção e a equipe da emergência do HPJ.

A emergência do hospital, nomeada de Serviço de Recepção e Intercorrência (SRI), já vinha recebendo as situações de crianças e adolescentes nos momentos agudos, mas só podia se responsabilizar por eles por um período de até 72 horas. Era necessário um lugar de acolhimento para quando determinada situação demandasse um tempo de observação, avaliação e/ou acolhimento mais prolongados. Até então, o local designado para internação deste público era a enfermaria estadual Isabela Martins, do Hospital Nise da Silveira, no município do Rio de Janeiro. Sua localização em outra cidade dificultava muito o acompanhamento das internações pelas equipes dos serviços de referência para os pacientes que se tratavam em Niterói e também criava complicações para a presença das famílias durante estas internações. As conversas que vinham sendo realizadas pela equipe da ERIJ com a direção do HPJ avançaram, e, quando a Secretaria Estadual de Saúde determinou o fechamento da enfermaria acima citada, chegou a hora do passo necessário.

A partir dessa decisão, foi criada uma Equipe Móvel, a ser acionada para responder e se responsabilizar pelo acompanhamento da internação de crianças e adolescentes em todas as suas etapas: indicação, assistência durante a internação, e articulação com familiares e serviços de tratamento na preparação da alta. A Equipe foi qualificada como “móvel” no sentido de que ela se organizava a partir das indicações para internação. Quando não houvesse crianças ou adolescentes internados, ela se dissolveria, mantendo, contudo, contato regular

com o SRI, a fim de acompanhar o fluxo da passagem de situações de crise na infância e adolescência pela emergência do hospital.

Em setembro de 2008, após 1 ano de funcionamento, foi realizado um Seminário Interno para avaliar o trabalho e discutir com os outros setores do hospital as questões que a internação de adolescentes nos colocava. Nesse momento, o que retornou para a equipe foi a importância, inclusive para a inserção/relação com o hospital, de assumir a condição de enfermaria num local maior e mais adequado para a nossa clientela, com a ampliação da equipe técnica, e aumento do número de leitos. Então, assim se constituiu o Serviço de Internação para Adolescentes e Crianças (SIAC).

1.4.1 A direção clínica

No SIAC, a direção do trabalho não se reduzia a debelar uma crise nem a estabilizar um quadro clínico, a partir da remissão sintomática. Apostava-se num lugar onde a palavra pudesse circular entre o adolescente, a equipe que o recebia e seus familiares/responsáveis durante o período de internação. Esperava-se que o trabalho de endereçamento da palavra pudesse colaborar para o surgimento de algo do que não ia bem para o adolescente, e que teria culminado numa internação psiquiátrica.

A enfermaria foi, aos poucos, se revelando como um lugar de acolhimento para situações-limite, não necessariamente associadas a um diagnóstico específico, nem a uma crise psiquiátrica franca; até porque, na infância e na adolescência, tais quadros são muito difíceis de serem definidos nos primeiros contatos, em função desse período de instabilidade e experimentações características da fase. Na maioria das situações, não há, ou ainda não se consegue reconhecer uma sintomatologia produtiva (alucinação auditiva, construção delirante, entre outros) como ocorre na clínica com pacientes adultos. O que podíamos observar era uma impossibilidade, ou grandes dificuldades, em fazer ou manter vínculos sociais (família, escola, amigos...), episódios de passagem ao ato, quando os adolescentes se colocavam em todo o tipo de risco, crises de auto e heteroagressividade, uma circulação por vários tratamentos sem continuidade.

Nessa experiência, foi possível acompanhar os desdobramentos de uma internação tanto para os adolescentes e seus familiares como, também, para os serviços extra-hospitalares, que conduzem o tratamento cotidianamente. Entre outros, destacamos a aposta do trabalho com a palavra nos momentos de crise e o efeito de contorno que a enfermaria promovia para um momento de desorganização subjetiva, frequentemente acompanhado

de uma desagregação ou falta de suporte familiar, e do encontro com um limite no manejo com os adolescentes pelos serviços extra hospitalares.

1.4.2A equipe técnica

A equipe técnica do SIAC era composta inicialmente pela Coordenadora/psicóloga, um psiquiatra, uma enfermeira, e a equipe de enfermagem. Com o avançar do trabalho, foram incorporadas uma terapeuta ocupacional e uma assistente social. Para apresentar e aproximar os profissionais dessa nova clientela, no momento da chegada à equipe oferecíamos estágio no CAPSi, além de aulas sobre a assistência em saúde mental para crianças e adolescentes para aqueles interessados em trabalhar conosco.

O interesse em dar lugar à palavra da equipe de enfermagem se revelou um fator enriquecedor do trabalho. O olhar dos técnicos e auxiliares de enfermagem para os adolescentes era estimulado, para que pudesse ir além do que se espera habitualmente da enfermagem, ou seja, que relatassem, no prontuário, mais do que a simples administração da medicação e os procedimentos de rotina. Pediu-se que falassem da relação com os adolescentes, do que lhes chamava a atenção na relação com os familiares, que registrassem o que lhes parecesse singular na apresentação de cada adolescente. Também foi estimulada e valorizada a participação regular dos auxiliares e técnicos de enfermagem nas reuniões de equipe.

Os elementos que pudemos recolher a partir do trabalho da enfermagem são impressionantes. Estes relatos eram muito preciosos para as discussões de equipe, já que se tratavam dos profissionais que ficavam por mais tempo com os pacientes. Observávamos a falta que fazia o registro de algumas passagens do dia a dia. Em uma ocasião, uma auxiliar de enfermagem deixou de registrar, no prontuário, o sumiço de seu celular durante o plantão, por não querer acusar o único adolescente internado naquela noite. Quando o episódio foi retomado na reunião de equipe, viu-se como o movimento de pegar coisas era um traço do funcionamento de João¹⁰. Antes da internação, ele entrava na casa dos vizinhos para levar objetos; chegou a vender o tênis do padrasto, subtraía dinheiro da carteira da mãe. A discussão em equipe nos fez ver a importância desse funcionamento ter aparecido ali na enfermaria endereçado a nós, e de ter sido remetida pela auxiliar de enfermagem ao espaço da

¹⁰Os nomes usados para os adolescentes no escopo dessa tese foram alterados para preservar suas identidades e garantir o sigilo ético-profissional.

reunião de equipe, pois nos dava a oportunidade de retomar e trabalhar essa questão com João e sua família.

1.4.3 O espaço físico da enfermaria

Inicialmente, foram disponibilizados dois leitos no HPJ, para quando a internação de crianças e/ou adolescentes se fizesse necessária. Após um tempo de funcionamento, foi necessária a ampliação do espaço físico, em função da crescente demanda vinda do CAPSi, dos ambulatórios e da própria emergência do hospital para que, além de receber os adolescentes para internação, pudessemos também acolher situações que precisassem de uma avaliação mais prolongada, o que não poderia ser feito na emergência. Assim, nos deslocamos para outra área do hospital.

Nesse novo espaço, contávamos com quatro quartos, com dois leitos em cada, sendo um para o adolescente e outro para seu familiar ou responsável. Decidimos que quatro seria o número máximo de vagas oferecido pela enfermaria, temendo que uma oferta maior pudesse criar demandas impertinentes à nossa proposta de um trabalho clínico artesanal. Ali, tínhamos o privilégio de contar com um pátio ao ar livre, onde jogávamos bola, soltávamos pipa. Também tínhamos a nossa disposição uma cozinha para atividades de culinária, uma sala para a terapia ocupacional, uma sala-de-estar com televisão, além dos consultórios, posto de enfermagem, banheiros diferenciados para pacientes, familiares e profissionais. Não considerávamos essa estrutura física confortável um luxo desnecessário. Em nossa perspectiva, o espaço por onde circulávamos com os adolescentes e seus familiares contribuía para nosso enlaçamento com eles, e, por isso, devia ser um local que, além de acolhedor, fosse o mais agradável possível.

1.4.4 O trabalho com familiares/responsáveis

Durante a recepção aos adolescentes em crise, além de acolhermos a permanência dos familiares/responsáveis durante a internação, reconhecíamos, valorizávamos e incluíamos a sua presença na construção do trabalho¹¹.

Para os adolescentes, o que se passa nesse tempo da vida é muito novo. É comum uma perplexidade da parte deles, e também dos familiares, diante do que estão vivendo. Não se

¹¹ Quando isso ainda era possível, na medida em que, em muitas situações, o rompimento com a família já havia acontecido.

reconhecem em seu próprio corpo; não entendem a diferença em seu funcionamento, em geral sendo encarada pela primeira vez; não sabem como lidar com o estranhamento experimentado na relação com o outro; não conseguem descrever seu mal-estar nem nomear seu sofrimento, e o mais difícil, não identificam formas de apaziguar tudo o que os acomete.

O que nos autoriza a intervir com os familiares, considerando que o vínculo com a equipe é recente e que o internado é o adolescente? Durante a internação, tínhamos a oportunidade de presenciar e intervir na forma como estava estabelecida a relação dos familiares com o paciente na vida cotidiana, o que se articulava com a condição em que estes se encontravam. Os responsáveis por esses jovens reproduziam, ali no SIAC, suas dificuldades e impasses no relacionamento com eles.

O encontro com a loucura dos filhos é um momento muito difícil para os familiares. Por um lado, estão confrontados com a sua posição enquanto referência paterna/materna, ou seja, com seu lugar e sua função de responsáveis pelo paciente. E, por outro, se depararam com a queda de uma imagem, muitas vezes idealizada, do filho. Essa queda, muitas vezes, os leva a um abalo de seus próprios lugares como pais/responsáveis, o que, por sua vez, neles desencadeia uma série de reações que também precisam ser cuidadas: culpa, negação, desespero, impotência, desorganização, entre outros.

Os familiares, durante o tempo de permanência de seus filhos na enfermaria, passavam a endereçar à equipe seus fracassos, sua insuficiência, suas dúvidas. A internação parecia incidir como um tempo de suspensão das urgências, e, com o “baixar da poeira”, alguns efeitos se produziam: por exemplo, passavam a lembrar de situações onde algo daquilo que, naquele momento, estava agudizado, já aparecia e antes não tinham podido ver, ou, se tinham percebido, não tinham conseguido intervir. Aos poucos, conseguíamos colher elementos importantes de cada história, orientadores para a condução durante a internação, mas que também podiam ser transmitidos para o serviço que daria continuidade ao tratamento. A impressão era que, ao verem seus filhos numa internação psiquiátrica, os familiares se deparavam com situações já instaladas há muito tempo, e revelavam a solidão e o isolamento com que lidavam com os problemas dos filhos. Talvez o fato de também se sentirem protegidos na enfermaria lhes permitisse olhar antigas dificuldades com outros olhos.

A presença dos familiares durante a internação era encarada pela direção clínica que sustentávamos não como uma condição, mas como uma possibilidade, dependendo de cada situação. Se a presença deles se tornasse condição, inviabilizaria, por exemplo, cuidarmos dos meninos moradores de rua, ou daqueles abrigados justamente porque suas famílias não puderam se responsabilizar por eles. Nessas situações, era necessário enfrentar a questão de

quem iria se responsabilizar por cada paciente acolhido, após a saída da enfermaria. Com quem conversaríamos sobre alta, moradia, escola... Quando recebíamos crianças e adolescentes com laços familiares frágeis ou rompidos, o acolhimento na enfermaria corria o risco de ser confundido pelos familiares e pelos Conselhos Tutelares com um abrigo de assistência social, cuja missão institucional era outra¹².

No entanto, o adolescente que chegava para a internação com seus familiares não deixava de trazer dificuldades para o manejo da equipe, e às vezes, até mesmo para o funcionamento da enfermaria. Também não podíamos esquecer que a internação de crianças e adolescentes não deveria ser uma ocasião de descanso para os familiares; pelo contrário, exigia muito deles, já que a família, de certa maneira, também permanecia internada.

A presença dos responsáveis nem sempre trazia conforto para o adolescente. Algumas vezes, o manejo com os familiares chegava a ser mais difícil do que com os pacientes, como ocorreu com o Sr. Luis, pai de Fábio, 15 anos, que tentava driblar a equipe por não conseguir acatar a proibição de fumar nas dependências da enfermaria. Por acreditarmos que nossa intervenção devia se dar também com os familiares e acompanhantes, os profissionais da equipe mantinham encontros regulares também com os responsáveis pelos adolescentes. O pai de Fábio, numa dessas entrevistas, contou que fumava desde os 13 anos, e que, quando nervoso, fumava um cigarro atrás do outro. Reconhecia que sua dependência do cigarro o deixava em dificuldade para regular o uso intenso que o filho fazia de maconha e cocaína. Apesar de perceber como o uso das drogas deixava Fábio agitado, irritado e disperso, o que dificultava o filho levar a frente seu tratamento ambulatorial e até mesmo sua permanência na escola, o pai se colocava frente a um impasse: com que moral podia dizer para o filho não consumir drogas, se ele mesmo não conseguia se quer reduzir a quantidade de cigarros que fumava por dia? Víamos como a questão do pai o colocava numa posição de identificação com o filho, impedindo-o de falar e se exercer a partir de seu lugar de autoridade paterna. Quando a presença constante do familiar produzia um efeito iatrogênico, outras formas de presença durante a internação eram sugeridas.

A equipe de enfermagem, com seu olhar sempre atento ao funcionamento dos familiares, levou para a supervisão uma situação que demonstrava a importância da intervenção também com os acompanhantes. Dona Joana, mãe de Ângela, 13 anos, impossibilitada de contrariar a filha, pediu ajuda à equipe para dizer não ao movimento

¹²Os abrigos são dispositivos do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) que, diferente da enfermaria, têm como função receber crianças e adolescentes para moradia, em princípio temporária, quando não contam com suporte familiar, ou quando a família não consegue garantir adequadamente os cuidados deles. Não se propõe a oferecer tratamento ou qualquer outro tipo de terapêutica.

constante desta em querer pentear seu cabelo. O comportamento da filha era incessante, e, quando estavam em casa, chegava a atrapalhar na realização das tarefas mais simples do cotidiano. Durante as entrevistas com a equipe, a mãe contou que a filha ressentia-se de ter cabelos crespos como a família do pai. A mãe percebia que esse interesse por seu cabelo liso era uma forma de ficar amarrada nela o dia todo. Apesar de irritada por se ver impedida de fazer suas tarefas diárias, falava da preocupação em contrariar a filha e acabar provocando uma crise. Por esse receio, há muito anos, deixava a situação ficar como estava. A partir da discussão com a equipe, a terapeuta ocupacional passou a desenvolver com ela um trabalho de pentear bonecas. Depois passaram para um trabalho com linhas, lãs e fitas. O desenrolar deste trabalho culminou numa Oficina de Tear, que interessou e envolveu também outros adolescentes presentes na enfermaria naquele momento. Esse processo foi muito interessante, pois pudemos ver que, ao se deixar enredar por outras linhas e fios, Ângela pode se deslocar da relação “amarrada” com a mãe e começar a fazer outras costuras, inclusive no que dizia respeito a seu enlaçamento social.

Podemos ver, por esses pequenos fragmentos, algumas das dificuldades que as famílias encontram na lida com seus filhos adolescentes e como a situação se agrava, ainda mais, quando não conseguem buscar ajuda frente aos impasses cotidianos.

1.4.5 A articulação com a rede intersetorial

Outro trabalho indispensável e complementar à nossa intervenção com os adolescentes em crise eram as discussões com a rede intersetorial. Além da articulação permanente com os serviços de saúde mental, como o CAPSi, o ambulatório e o serviço de emergência do HPJ, o contato regular com o Programa Médicos de Família, os Conselhos Tutelares, a rede de educação, e os abrigos nos parecia fundamental. Tentávamos transmitir aos nossos parceiros a importância em identificar situações que precisavam de uma avaliação, tratamento ou alguma intervenção da saúde mental o mais cedo possível, pois, quando se trata de crianças e adolescentes, o tempo da intervenção faz muita diferença.

Quando ouvíamos os pais e os profissionais envolvidos, e também a partir de várias situações que chegaram à emergência num momento de crise aguda, observávamos uma defasagem de tempo entre o aparecimento dos primeiros sintomas e a chegada aos serviços de saúde mental. Estudos indicam que a postergação em relação à busca de assistência é de 2 anos, em média, tempo em que a situação entra numa curva crescente de gravidade (MILO, 2015). Isso ficava muito evidente nas situações de envolvimento com drogas, mas não apenas.

Nas discussões com a rede intersetorial, acompanhávamos os impasses que os Conselheiros Tutelares encontravam para cumprir seu mandato de proteção aos direitos das crianças e adolescentes. Viam-se frequentemente perdidos em como colocar em prática a garantia dos direitos, ao se confrontarem com a realidade do dia a dia deles. Era frequente culparem os pais pela situação em que seus filhos se encontravam, o que acabava tendo como efeito destituir ainda mais o lugar que esses tentavam ocupar frente aos filhos. No limite, quando também os conselheiros ficavam sem saber como intervir em determinada situação, o abrigo virava uma opção aparentemente resolutive. No entanto, observamos que isso gerava um afastamento ainda maior dos filhos e uma progressiva desresponsabilização dos familiares que, por falta de informação e orientação, acabavam convencidos que seus filhos estariam melhor cuidados no abrigo. Essa situação do abrigo é muito grave. O que deveria ser um recurso temporário acabava, muitas vezes, se transformando num destino sem volta para uma vida institucionalizada, para o rompimento definitivo com a família e para o empobrecimento dos laços sociais.

Traremos, a seguir, algumas vinhetas de situações recebidas no SIAC, para ilustrar a diversidade de quadros clínicos que chegavam à enfermaria e que nos revelam as questões da clínica com adolescentes em crise.

1.5 A CLÍNICA QUE CHEGAVA AO SIAC

A experiência em receber adolescentes acometidos por grave sofrimento psíquico revela quão intensa é a convocação subjetiva pela qual estão passando. A transformação corporal, que teve início na puberdade, os empurra para fora da infância. A partir daí, o empuxo ao sexual, a relação com as pessoas de referência, a crença nos saberes reconhecidos até então, enfim, todos os pontos que serviam de baliza simbólica ficam instáveis e passam a ser questionados.

Nesse momento em que o adolescente não mais se reconhece, não sabe como se posicionar frente às convocações que lhe são feitas, algumas possibilidades de resposta se apresentam. Uns vão silenciar, se isolar. Outros vão responder com atos de rebeldia, ou com a delinquência. Mas também há aqueles que podem se desorganizar de uma maneira mais radical. Episódios de dismorfismo corporal, de despersonalização, de alucinação auditiva e visual, de errância no laço social podem sugerir uma psicose. No entanto, se um quadro psicótico se abre na adolescência, é porque as condições de sua estrutura já estavam lá. Como reconhecê-las?

As situações que chegavam para internação eram bastante diferentes entre si. Dividiam-se entre: a) adolescentes passando pelodesencadeamento da psicose, ou que agudizaram um quadro psiquiátrico já em tratamento; b) adolescentes em crises de hétero e/ou auto agressividade, ou em situações de precipitação numa deriva do laço social; c) quadros de transtorno alimentar; d) outros, que algumas vezes também vinham associadas ao uso abusivo de drogas. Em cada uma dessas situações, o acolhimento e a proposta de intervenção clínica eram pensadas “sob medida” para o caso em questão, de acordo com a singularidade de cada história e a partir dos recursos com que cada adolescente podia contar.

1.5.1 Os impasses com o laço social

Uma das questões mais difíceis na vida cotidiana na enfermaria eram os episódios de agressividade dos adolescentes quando apareciam dirigidos à equipe. Tatiana, 16 anos, chegou à emergência muito exaltada, pouco cooperativa com a equipe, precisando ser contida no leito. Foi levada ao hospital por conta de uma crise de agressividade tendo resultado numa “quebradeira”, como nomeou, na Casa de Passagem onde estava abrigada. Era o terceiro abrigo pelo qual transitava e, em todos, acabava sendo expulsa em condições semelhantes. Ou quebrava tudo, ou agredia algum profissional da instituição. Cumpria medida sócio-educativa por ter sido encontrada portando e vendendo drogas. Tanto o juiz responsável pelo acompanhamento de sua situação como todos os profissionais que se ocuparam dela nessas instituições a consideravam uma delinquente e achavam que, por isso, a intervenção deveria vir do campo jurídico.

O primeiro diagnóstico que recebeu ao chegar à emergência do HPJ foi o de Transtorno de Personalidade¹³. Esse diagnóstico, além de vago, dizia pouca coisa sobre ela e sua doença, e desencadeava, na equipe da emergência, uma posição semelhante à dos cuidadores dos abrigos. Passou a ser encarada com antipatia e ficou estigmatizada pelo selo de um prognóstico desfavorável, já que, para a psiquiatria, o tratamento medicamentoso é pouco resolutivo nesses quadros clínicos. Ainda que os adolescentes estejam frequentemente tentados a fazer atos de delinquência, isso não implica que todos sejam delinquentes. Às vezes, não conseguimos ver a loucura que se esconde em atos disruptivos. É surpreendente

¹³ Pela atual edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), o Transtorno de Personalidade define distúrbios graves da constituição comportamental do indivíduo, não diretamente causada por alguma doença, ou por um transtorno psiquiátrico. Estes distúrbios compreendem elementos da personalidade, e são acompanhados de angústia pessoal e desorganização social; aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência e podem persistir na idade adulta.

que, também no campo da saúde mental, tenhamos dificuldade em reconhecer a psicose quando a sintomatologia psiquiátrica clássica que aparece nos adultos (alucinação auditiva, delírio) não está presente.

Na entrevista com a mãe, já sob a responsabilidade da equipe do SIAC, ouvimos que esta sempre achou a filha agitada demais, teimosa demais, desrespeitosa demais. Era tudo demais. Na escola, batia nos colegas, não respeitava os professores, ou a diretora. Teve muita dificuldade em ser alfabetizada, e muito cedo começou a ser expulsa das escolas que frequentava. A mãe, que nunca chegou a ser casada com o pai de Tatiana, procurou um neurologista quando a menininha tinha 8 anos. Este deu o diagnóstico de depressão infantil. A mãe estranhou, porque sempre achou que depressão era justamente o inverso do que via acontecer com a filha. No entanto, conta que o médico reforçou este diagnóstico, dizendo que a depressão infantil é o oposto da depressão no adulto. Ou seja, ao invés de tristeza, desânimo e isolamento, quando este quadro aparece na infância, se revela pela agitação, irritabilidade, e agressividade. Passou a ser medicada com anti-depressivo e o tratamento não durou mais do que seis meses pois, segundo a mãe, não houve qualquer melhora no comportamento da menina. A mãe diz que sempre achou que a filha pudesse ter problemas mentais, já que tem familiares com problemas psiquiátricos. Mas, diante do diagnóstico do médico, achou que estivesse errada e se convenceu que talvez ela fosse realmente apenas uma menina rebelde.

Durante a internação aparecem outros dados que poderiam apontar para uma psicose, ou para possíveis fenômenos elementares¹⁴ de sua psicose. Tatiana dizia perceber que as pessoas “sempre falam mal dela”, e que “a perseguem” em todos os lugares, na escola, nos abrigos. Também na enfermaria, apresentou um episódio de agressividade direcionado à equipe: queria alta de qualquer maneira, jogou cadeiras contra os técnicos, ameaçou quebrar as janelas. Ao contrário dos abrigos, no entanto, dissemos a ela que não seria expulsa dali. Que estava conosco justamente para nos aproximarmos do que acontecia com ela nesses momentos. Tatiana passou então a falar de um desespero que a acometia e que não sabia de onde vinha. Acreditava na existência de um complô para roubar seu filho que, na época dessa primeira internação, tinha 2 anos. Dizia não conseguir se controlar, e que a única coisa que a acalmava era brigar, quebrar tudo, sair correndo.

¹⁴ Essa terminologia, tomada emprestada de Clérambault por Lacan na busca pelos fenômenos específicos da psicose, indica que o elementar para o diagnóstico estrutural da psicose apareceria nos fenômenos experimentados pelo sujeito, sejam eles de linguagem ou corporais: “a noção de elemento não deve ser tomado aí de modo diferente da estrutura”, ou seja, os elementos de estrutura psicótica seriam revelados nos próprios fenômenos experimentados (LACAN, 1955-1956, p.30).

Após dois meses de permanência na enfermaria, nos quais passou a interagir com a equipe, a participar dos atendimentos com a psicóloga e com o psiquiatra, a frequentar as oficinas de culinária e música, além de ter conseguido aos poucos se aproximar dos outros adolescentes internados, começamos o movimento de encaminhá-la para o CAPSi. Esse início de tratamento foi feito gradualmente. No começo, ia apenas visitar o espaço, conhecer os profissionais e os outros adolescentes que se tratavam no serviço. Aos poucos, um Projeto Terapêutico foi sendo construído com ela, a partir de seus interesses, que incluíam retomar os estudos. Na entrevista de retorno e avaliação após a alta da enfermaria, a mãe diz: “Se eu tivesse conseguido esse tipo de tratamento, suporte e orientação quando ela tinha 8 anos, tenho certeza que a vida de Tatiana teria sido completamente diferente”.

Várias situações que chegavam até nos na enfermaria expunham a dificuldade dos pais em relação a como intervir com seus filhos adolescentes. Outros exemplos demonstram bem este ponto.

1.5.2 As dificuldades familiares

Wallace, 17 anos, foi internado após esfaquear a mãe. O pai disse que, no “início dos problemas”, quando ele tinha em torno de 14 anos, “forçavam a barra” com ele, exigindo que fosse à escola, que cumprisse as obrigações em casa. Quando começou a se recusar de forma mais contundente, a ficar mais calado e isolado, resolveram deixá-lo à vontade “para ver no que ia dar”. A situação chegou a tal ponto que Wallace não saía mais de casa, ficava trancado no seu quarto, e só comia comida industrializada. Ele conta, durante a internação, que estava vivendo isolado por medo de seus colegas lhe fazerem mal, já que não era bom aluno, nem gostava de esportes, ou festas. Também conta que não queria comer a comida feita em casa por achar que poderia estar contaminada por algum vírus. O pai revela que não sabiam o que fazer com ele, mas que nunca pensaram em procurar tratamento em saúde mental porque não queriam que o filho ficasse “tachado de maluco”.

Não era raro acompanhar adolescentes que apresentavam um episódio desagregador em determinado momento, mas cujo quadro, no decorrer do trabalho de escuta clínica, não se confirmava como psicose.

1.5.3 Ivana e o chamado a circulação da palavra

Ivana, de 15 anos, chegou à emergência do hospital contida após uma briga na escola. Precisou de 4 homens para trazê-la, dada a intensidade de sua agitação. Gritava, referindo-se a si própria como Samara¹⁵, personagem do filme O Chamado. Ivana ficou em observação conosco apenas por alguns dias. Durante esse período, falava de forma muito articulada, e demonstrou uma avaliação crítica acerca do episódio na escola. Falava da raiva que sentia da mãe por tê-la obrigado a largar tudo na sua cidade natal (escola, namorado, amigas) para vir morar com ela, que vinha fazer um curso em Niterói.

Contou-nos que, por seis meses, tentara se adequar à vida que a mãe a obrigara a viver, mas que não estava mais aguentando, e por isso explodira na escola, após uma discussão com uma colega. A mãe reconhecia que ela vinha demonstrando insatisfação e tristeza, mas achava que iria passar. Ela própria não estava satisfeita com a vida que estavam levando, passando por dificuldades financeiras, dividindo um cômodo na casa de uma família desconhecida. Nas conversas com a equipe durante a estadia da filha na enfermaria, deu-se conta de como as coisas também estavam difíceis para ela, e, por isso, não tivera disponibilidade para ouvir e acolher o sofrimento de Ivana. Acabou concluindo que permaneceria em Niterói para finalizar o curso que se propusera fazer, mas permitiu o retorno da filha à cidade de origem.

Pelas características desse episódio, consideramos que essa passagem de Ivana pela enfermaria não foi uma internação psiquiátrica propriamente dita. Tratou-se de um período de observação, no qual mãe e filha puderam contar com um lugar protegido para trabalhar com a equipe os impasses com os quais vinham se confrontando, e que, sozinhas, não estavam conseguindo colocar em palavras.

1.5.4 O encontro com o sexual

A aproximação com o sexual foi, por sua vez, o que desencadeou em Beatriz, 15 anos, seu primeiro surto. Chegou à internação dizendo que a estavam xingando de prostituta, de traidora, por desejar o marido da prima. Em sua fala desorganizada, dizia: “Eu nunca quis ele, não. Era ele quem gostava de mim. Eu sou moça de família, sou a filhinha do papai”. Alternava essas frases com momentos de muito sofrimento, nos quais gritava: “eu quero ser

¹⁵ Protagonista de um filme de terror baseado em uma trilogia de ficção japonesa.

soltinha, quero sair para as festas”. Apesar de ainda não ter tido relações sexuais, achava que estava grávida e se recusava a tomar a medicação para não prejudicar seu suposto bebê. Durante a permanência de Beatriz na enfermaria, pudemos acompanhar a dificuldade que tanto ela como seu pai tinham em se separar. Ele insistia em dormir com ela, que era sua filha caçula, na mesma cama. Ficava muito contrariado e trazia dificuldades para o manejo da equipe de enfermagem, que sustentava que ali não seria possível dormirem juntos. Muitas entrevistas foram realizadas também com o pai durante a internação de Beatriz, e, no momento da alta, ele aceitou ser encaminhado para um atendimento psicológico ambulatorial, enquanto sua filha passou a se tratar no CAPSi.

1.5.5 Fernando e a dificuldade em ascender ao lugar de pai

Fernando, 16 anos, desencadeou um episódio paranoico após levar uma surrada pai de sua namorada, que descobrira a gravidez da filha. A violência desencadeou em Fernando um surto psicótico¹⁶ em torno da questão da paternidade. Tivera muito pouco contato com o seu próprio pai e dizia não saber o que era “ser pai”. Alegava não estar pronto para isso. O que se delineou, durante o período em que esteve conosco, é que não tinha suportado subjetivamente o peso da mudança de posição na cadeia geracional, passando de filho para pai. Demonstrava todo seu desespero por não saber como lidar com esse real, que se apresentava na medida em que a barriga da namorada crescia. O sogro queria obrigá-los a casar e, apesar de Fernando dizer que queria continuar o namoro, a pressão para assumir a responsabilidade desse novo estatuto social provocou um surto psicótico, com alucinações auditivas e episódios persecutórios. Escuta vozes que diziam que mataria o filho, ou que a criança não era dele. Em outros momentos, quando a campainha da enfermaria tocava, achava que o pai da namorada estava vindo atrás dele.

Para encerrar esse panorama de situações que chegavam ao SIAC, não poderíamos deixar de abordar uma situação que trazia uma dificuldade extrapara o trabalho: o uso de drogas, em especial o crack, pelos adolescentes. Em nossa experiência, aos poucos fomos podendo identificar alguns elementos em comum na situação dos que se envolviam com o

¹⁶Utilizaremos a expressão “surto psicótico”, para nomear o que seria um episódio psicótico, no sentido de um aparecimento repentino, de uma invasão súbita de manifestações como alucinações auditivas e/ou visuais, descarrilhamento do pensamento, desespecificação pulsional, entre outros, provocando uma desorganização subjetiva temporária, que não necessariamente confirmaria uma estrutura psicótica. A expressão “desencadeamento da psicose” será preservada para nos referirmos à eclosão do quadro clínico da psicose, ou seja, desvelando da psicose como estrutura. E o termo “crise” será reservado para designar tanto as crises subjetivas que aparecem na época da adolescência, como para nos referirmos a chamada “crise da adolescência” para indicar o abalo psíquico próprio a esse tempo da vida.

crack. Eram meninos e meninas, que de alguma forma, encontravam-se em situação de vulnerabilidade social. Moravam na rua, ou passavam grande parte do seu tempo nela. A relação com os familiares era precária: apresentavam grande dificuldade em estabelecer e manter os laços sociais, e também em frequentar a escola regularmente.

No SIAC, recebíamos adolescentes que faziam uso de drogas apenas quando havia co-morbidade com a psicose, ou suspeita da psicose. Um aspecto da clínica com os usuários de drogas que chegavam à enfermaria chamava nossa atenção. Observamos que não suportavam ficar internados com os outros pacientes, e eram os únicos que tentavam fugir da enfermaria. Diziam não entender porque estavam ali “junto com os malucos”, já que o problema deles “era a droga”. Essa fala nos levava a interrogar elementos que poderiam nos ajudar a fazer um diagnóstico diferencial entre neurose e psicose, já que aqueles francamente psicóticos nunca tentavam evadir do SIAC. Pelo contrario, para estes, o contorno institucional oferecido pela enfermaria parecia lhes trazer um apaziguamento.

1.5.6 Raul, a psicose e o uso de drogas

Quando o uso de drogas era secundário ao quadro clínico da psicose, víamos que o trabalho fluía de outra maneira. Raul, 18 anos, esteve internado conosco por duas vezes - ambas por se colocar em situações de risco, como quando desafiava o chefe do tráfico para o qual trabalhava, ou quando roubava os vizinhos para comprar drogas. Durante a internação, começou a construir uma ideia de que tinha 30 mil reais para receber da polícia federal, por ter delatado os detalhes do funcionamento do tráfico na sua comunidade. Ficava muito perseguido com os outros pacientes, ora achando que eram policiais que o estavam vigiando, ora achando que eram traficantes que estavam ali para matá-lo. Não tinha nenhuma consciência de morbidade. Perguntava por que não estava internado num local para viciados, já que “o seu problema era a droga”. O curioso é que também seus familiares tinham muitas dificuldades em aceitar sua psicose. Preferiam lidar com Raul a partir do rótulo de “usuário de drogas”. Era mais suportável, para eles, aderir a um imaginário que fazia laço no social, já que é notória a experimentação de drogas na adolescência, do que reconhecer uma dificuldade que apontaria para um comprometimento psiquiátrico mais grave (TYSZLER, 2005).

O encontro com as transformações corporais, com o sexual, com a separação inevitável das demandas familiares (às quais não será mais possível responder como antes) e com as exigências sociais colocam muitas dificuldades para os adolescentes. E, em geral, para

um jovem psicótico, a passagem por esse momento torna as coisas ainda mais complexas, no sentido de que outros elementos entram em jogo. Assim, nossa proposta para o próximo capítulo será retomar a constituição do sujeito para a psicanálise a partir da construção do circuito pulsional e da incidência da linguagem, a fim de demarcar o que distingue neurose e psicose, a partir de sua relação com o campo do Outro. Esse encaminhamento nos permitirá problematizar a dificuldade em realizar o diagnóstico diferencial entre neurose e psicose no momento da adolescência, em função das características próprias desse tempo constitutivo do sujeito.

CAPÍTULO 20 PULSIONAL, A LINGUAGEM E A CONSTITUIÇÃO DO SUJEITO: O QUE DIFERENCIA NEUROSE E PSICOSE?

Longe de ser a loucura o fato contingente das fragilidades do organismo, ela é a virtualidade permanente de uma falha aberta na sua essência.

Jacques Lacan

Nesse segundo capítulo, retomaremos a constituição do sujeito para a psicanálise, a partir de sua articulação com o campo do Outro. Daremos destaque à estruturação do corpo humano como pulsional, que se institui pela relação de troca com os outros primordiais, incluindo também o que vem como incidência da linguagem. Como veremos adiante, tanto para Freud, como para Lacan o circuito pulsional não é dado, precisa ser instaurado. É necessário algo exterior ao sujeito, ou seja, a relação com o campo do outro cuidador, em referência ao campo do Outro, tanto em sua dimensão de alteridade, como de sede dos significantes, como condição para que o sujeito possa advir. Para encaminhar essa proposta quanto ao advento do sujeito, inicialmente, retomaremos a constituição do circuito pulsional em Freud (1905, 1915) e Lacan (1957-1958; 1962-1963), como o de uma montagem através da dialética entre demanda e desejo como outro, que, por sua vez, encarna e exerce o lugar de cuidado e investimento (LACAN, 1957-1958).

Para caracterizar como se dá a montagem desse circuito pulsional, que engendra o contorno corporal e a especificação de suas bordas, retomaremos, com Laznik (2013), sua construção em três tempos. Se esse trajeto é concluído, será “novo ver aparecer um sujeito” no final de sua instalação (LACAN, 1964, p.175). Ressaltemos que isso acontece no mesmo golpe em que o campo do Outro se estabelece, inaugurando dois campos distintos, porém de funcionamento articulado: o do sujeito (S) e o do Outro (A). No entanto, como veremos, quando há algum acidente nesse percurso de instalação do circuito pulsional, a partir de como se estabelece a relação com a linguagem, o contorno corporal e a própria imagem poderão ficar abalados. Laznik (2013) aponta que, quando há o fracasso da instauração de um terceiro tempo do circuito pulsional, a especificação das bordas corporais e a delimitação do contorno corporal ficam comprometidos. Assim, se a operação da alienação à imagem e ao significante fracassa, veremos surgir a possibilidade de se desenvolver o quadro do autismo. Já na psicose, o problema, segundo ela, se colocaria na operação da separação.

A partir da indicação de Lacan (1962/1963) quanto aos dois momentos fundamentais na estruturação do sujeito, retomaremos o Estádio do Espelho e a passagem pelo Complexo de Édipo, destacando o que está em jogo em cada um desses processos.

Num segundo tempo, resgataremos as formulações de Freud nos textos “Neurose e Psicose” (1923) e a “Perda da Realidade na Neurose e Psicose” (1924) distinguindo, a partir das operações da *Verdrangung* e da *Verwerfung*, as diferentes maneiras de um sujeito se constituir, para diferenciar o campo das neuroses e das psicoses. Com as elaborações de Lacan, no *Seminário 3– As Psicoses*(1955-1956) e no artigo “De uma Questão Preliminar a Todo Tratamento Possível da Psicose” (1953), indicaremos a condição do sujeito como efeito da linguagem, ressaltando que sua constituição se dá a partir de sua relação com o significante, o que está posto tanto para a neurose, como para a psicose¹⁷.

O encaminhamento do capítulo nos levará a problematizar como a passagem pela adolescência provoca um estranhamento na imagem do corpo sustentada desde a infância, trazendo desdobramentos diferentes para neurose e psicose. O abalo na imagem especular, construída no Estádio do Espelho, pode produzir consequências que vão do encontro do adolescente com um corpo e com um funcionamento aparentemente autônomo e desconhecido, na neurose, até o que seria um corpo sem bordas, na psicose. Trabalharemos com a ideia da “desespecificação pulsional”(CZERMAK, 2009), para tratar de como, para um sujeito psicótico, as bordas corporais e o próprio funcionamento do organismo operam de maneira diferenciada, pela falta da inscrição do significante Nome-do-Pai, que organizaria o funcionamento pulsional, a partir da referência fálica. A partir daí, examinaremos a proposta de que “é o discurso o que liga os órgãos em função” (CZERMAK, 2012, p.183), e a problemática que a falta deste significante na cadeia simbólica coloca para a psicose, na medida em que o psicótico, apesar de frequentar a linguagem, encontrar-se-ia fora do discurso como laço que engendra a dimensão do sujeito (LACAN, 1955-1956).

Para finalizar, apresentaremos dois fragmentos clínicos que nos permitirão acompanhar a discussão quanto à especificidade do pulsional na psicose de maneira mais viva. No primeiro, analisaremos como o endereçamento aparentemente sedutor de um adolescente em relação às mulheres revelava, na verdade, como ele próprio se encontrava numa condição objetalizada em relação a seu movimento pulsional. E no segundo, veremos como o estranhamento corporal vivido por uma adolescente, através de episódios de anorexia, mascarava o funcionamento desespecificado das bordas de seu corpo. Queremos demonstrar, nas duas situações, como o funcionamento pulsional na psicose pode aparecer

¹⁷ A investigação e caracterização das diferentes apresentações clínicas da psicose não foi objeto de estudo da tese, na medida em que na infância e na adolescência essas amarrações ainda estão em curso, o que dificulta estabelecer uma hipótese diagnóstica mais precisa, como veremos no capítulo 3.

como acéfalo revelando a não equivalência entre pulsão oral e função alimentar, e entre pulsão escópica e a função do olhar, respectivamente.

2.1 A CONSTITUIÇÃO DO SUJEITO E O CAMPO DO OUTRO

Para a psicanálise, o sujeito humano é constituído pela relação com o campo do Outro, a partir da incidência da linguagem no funcionamento pulsional. Assim, pulsão e linguagem são instâncias distintas na constituição do sujeito, mas que funcionam articuladas, pela costura de ambas. Com a psicanálise, podemos testemunhar que o corpo humano não se constitui nem naturalmente, nem espontaneamente; ou seja, não se reduz ao organismo e depende de um outro que encarne o lugar do Outro, e que vá pelo investimento libidinal e também pelas marcas significantes, delimitando as bordas do corpo do bebê. Veremos, em Freud (1915), como é a pulsão que articula o orgânico e o psíquico.

Para Lacan, o Outro representa o lugar da alteridade, que é, também, o lugar do tesouro dos significantes, na medida em que esse lugar Outro é também de onde vem a linguagem, campo a partir do qual nos instituímos como sujeito. Mas é preciso que esse lugar Outro seja ocupado por algum outro/semelhante, ou por alguns outros, que possam vir fazer a função de representar o mundo, para que o sujeito possa advir:

O Outro é o lugar em que se situa a cadeia significante que comanda tudo o que vai poder presentificar-se do sujeito, é o campo desse vivo onde o sujeito tem que aparecer. E eu disse – é do lado desse vivo, chamado à subjetividade, que se manifesta essencialmente a pulsão (LACAN, 1964, p.200).

Nesse momento inicial, a mãe, ou quem faz a função de maternagem, é primordialmente, para a criança, a encarnação do mundo, da linguagem, e portanto desse lugar do Outro. A encarnação que a mãe precisa realizar é se oferecer, nesse primeiro tempo da vida do bebê, como um corpo (MELMAN, 1991). Sua presença é algo que faz corpo, através de seu olhar, e de sua voz, que limita e define as bordas do corpo do bebê; algo, portanto, que é organizado e que organiza. Se tudo correr bem, é um tempo de economia perfeita entre mãe/bebê, que pouco ou nada se diferenciam. Este é o primeiro circuito de troca para a criança (idem). Deste modo, quando há algum acidente nessas primeiras interações do bebê com o mundo, ele incidirá na especificação do circuito pulsional, e é possível haver um impasse na construção da imagem corporal, o que pode prejudicar diretamente as condições para que um sujeito possa advir, resultando numa organização precária.

A constituição do sujeito é, pois, correlativa à questão da estruturação do corpo, assim como à montagem do circuito pulsional. Para tratarmos da questão corporal, retomaremos como se constitui, para o sujeito, o circuito pulsional.

2.2 A INSTAURAÇÃO DO CIRCUITO PULSIONAL

Freud (2017 [1915]), em seu célebre artigo sobre “A Pulsão e seus Destinos”, apresenta-a como um dos conceitos fundamentais da psicanálise e a descreve como um conceito “fronteiriço”¹⁸, entre o anímico e o somático. Ela seria, portanto, o representante psíquico das excitações provenientes do interior corporal e que atuam no anímico, revelando-se como uma exigência de trabalho imposta pela busca da satisfação. (idem, p.25).

Para diferenciar pulsão e necessidade, Freud (1915) nomeia seus quatro elementos que, apesar de disjuntos, não podem funcionar separados uns dos outros. São eles: o impulso (ou pressão)/*drang*, o alvo/*ziel*, o objeto/*objekt*, a fonte/*quelle*. Será necessária a instauração do circuito pulsional para que eles operem de forma articulada (LACAN, 1964/2008, p.161). Para os fins do nosso trabalho, vamos privilegiar o elemento *fonte*, na medida em que ele toca diretamente na questão da constituição das bordas corporais¹⁹.

Freud denomina fontes zonas corporais de onde parte o estímulo pulsional. Podem ser reconhecidas nos pontos que se diferenciam por sua estrutura de borda. Lacan (1964, p.166) nos pergunta porque falamos de boca, de ânus, e não de estômago e esôfago. Por todo seu argumento, vemos como as zonas que se prestam melhor ao trabalho de erogeneização pelo outro são as que podem fazer a função de bordas, ou seja, que estabelecem uma margem entre o organismo e o mundo externo, entre o bebê humano e o outro. É a fonte (*quelle*) que inscreve essa estrutura de borda na economia da pulsão (LACAN, 1964, p.169).

¹⁸A Pulsão é tradicionalmente traduzida como “conceito limite”. Nessa versão em português da obra freudiana, vemos o autor optar por evidenciar a idéia de fronteira entre os domínios pelos quais o conceito circula.

¹⁹Deixaremos aqui apenas indicados os outros elementos que compõem a pulsão: O Impulso/*Drang* é a pura tendência à descarga. Trata-se de uma excitação interna diferente de um estímulo fisiológico, e que tem como característica ser uma força constante. O Alvo/*Ziel* é a satisfação, ainda que sempre parcial. A satisfação plena, na medida em que o organismo é regido pelo Princípio do Prazer, seria a falta total de estimulação. A satisfação da pulsão, seu alvo, sua meta, se realiza pelo percorrer do próprio circuito pulsional, que vem se fechar no mesmo ponto de onde partiu. Pode ser considerada paradoxal, na medida em que é possível satisfazê-la também nos sintomas, e na sublimação, pelo desvio do alvo. O Objeto/*Objekt* é o que há de mais variável na pulsão, não estando ligado a ela originalmente. Trata-se de qualquer objeto que satisfaça a pulsão, o que não quer dizer que qualquer um cumpra esse requisito. O objeto pulsional é marcado por características singulares, e é determinado pela história infantil de cada um. Como diz Freud, “nenhum objeto de nenhuma necessidade pode satisfazer totalmente a pulsão justamente pela impossibilidade da sua plena satisfação” (2017). A pulsão contorna o objeto, e é em torno dele que se constitui o percurso do circuito, a cada vez.

Nas formulações de Lacan, vemos como a pulsão ganha outra envergadura, ao propor esse conceito como aquilo mesmo que articula corpo e significante. Se esse corpo não é apenas o organismo, isso indica que a constituição de sua imagem precisa de outras condições para se formar. Essas condições vêm do campo do Outro como investimento libidinal, através do olhar e da voz dos que cuidam do bebê. A partir do *Seminário 11 – Os Quatro Conceitos Fundamentais da Psicanálise* (LACAN, 1964), podemos acompanhar com mais ênfase a elaboração de que o corpo humano é, antes de tudo, pulsional. Ao retomar o artigo freudiano citado acima, Lacan destaca que, para o corpo se constituir como tal, será preciso concluir o percurso de especificação do circuito pulsional. Lacan destaca de Freud a indicação de que o percurso pulsional tem um caráter circular e que não pode ser separado do movimento de vai-e-vem, e de sua reversão fundamental, no campo do Outro: “esse sujeito, que é propriamente o outro, aparece no que a pulsão pôde fechar seu curso circular. É somente com sua aparição no nível do outro que pode ser realizado o que é da função da pulsão” (LACAN, 1964, p.175). E, como demonstraremos, é a linguagem que articula o orifício anatômico com o furo pulsional.

Através da passagem pelo campo do Outro, encarnado pelos pequenos outros cuidadores, o corpo vai conquistando suas bordas, na medida em que as zonas erógenas vão se especificando e, por consequência, seus objetos vão se decantando - pulsão oral-seio; pulsão anal-fezes²⁰. É na relação com esses primeiros outros que o corpo do bebê vai se constituindo, e sua relação com o mundo se estabelecendo. Por isso, podemos dizer que não há corpo e, como consequência, não haverá sujeito sem a passagem pelo campo do Outro, pois é nesse percurso que o corpo se estrutura na medida em que o pulsional se regula.

2.2.1 Tempos do Circuito Pulsional

Laznik (2013), a partir de sua pesquisa com bebês, e baseada no que nomeia uma teoria lacaniana das pulsões, retoma detalhadamente a montagem do circuito pulsional em três tempos. Inicialmente, a pulsão teria um funcionamento acéfalo. Nesse primeiro momento, um estímulo emergiria de um dos orifícios do corpo para dar a partida ao circuito da pulsão. Esse estímulo pulsional, surgido no corpo, iria em direção ao mundo externo em busca de satisfação. No segundo tempo, haveria a passagem e o reviramento da pulsão no campo do Outro, quando, após fazer o contorno pelo objeto *a*, parte do corpo próprio é tomada como objeto de satisfação.

²⁰Esses objetos decantados na passagem pelo campo do Outro são o que Lacan nomeará os objetos da pulsão, como veremos à frente.

Nas palavras de Lacan:

Tudo que Freud soletra das pulsões parciais nos mostra o movimento, (...) esse movimento circular do impulso que sai através da borda erógena para a ela retornar após ter feito o contorno de algo que chamo o objeto *a*. (...) É por aí que o sujeito tem que atingir aquilo que é, propriamente falando, a dimensão do Outro (1964, p.189).

Será apenas no final dessa instalação, num terceiro tempo, que um sujeito poderá advir no campo do Outro, o que significa se oferecer ao outro como objeto de investimento libidinal, e de fígamento de seu gozo (idem, p. 180). A autora destaca que o sujeito só atinge esta dimensão pelo “remate” do circuito pulsional, que diria, ao mesmo tempo, da conclusão de seu movimento circular na passagem pelo campo do Outro (LAZNIK, 2013, p.88), em consequência do qual o sujeito se constitui. Será somente na conclusão desse percurso que também se dará o surgimento do outro enquanto tal, no sentido que é preciso que algum outro venha encarnar com sua presença lugar do Outro.

Para Laznik(2013, p.93), quando algo fracassa na instauração do circuito pulsional nesses três tempos, a operação da alienação não acontece a contento e consequências importantes para a constituição do sujeito poderão se suceder. Destaca a importância dessa operação de especificação das zonas erógenas como bordas corporais, quando observa que, nas crianças autistas, essas zonas, por não terem sido delimitadas, não fazem borda. Seus lábios deixam escorrer saliva, os esfíncteres não funcionam como controle que deveriam. Para a autora, isso ocorreria por essas regiões corporais não terem sido experimentadas como zonas de investimento libidinal, e não terem sido incluídas no circuito de especificação pulsional. As formulações de Laznik são essenciais para acompanharmos o processo de constituição do sujeito, por indicar que o remate do terceiro tempo do circuito pulsional é prévio e se coloca como pré-condição de acesso ao Estádio do Espelho, onde se constituirá a totalização da imagem corporal, a partir do espelho e da palavra que vem do Outro.

2.2.2 Demanda e Desejo na articulação com o campo do Outro

Nos *Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade*, Freud já colocava como cada objeto pulsional - oral, anal, e depois genital- se sucedia em termos de prevalência na relação da demanda com o outro (1995 [1905],p.179-181). A instauração desses objetos ligados a circuitos pulsionais a zonas corporais específicas constitui as bordas erógenas do corpo. Os objetos recortados na passagem pelo campo do Outro se sucedem numa progressão temporal, mas não correspondem a fases de desenvolvimento. São recortados na relação com o outro

cuidador, em tempos diferentes do investimento e da demanda do outro sobre o bebê. Assim, a mudança de cada tempo na estruturação do sujeito depende da relação de demanda e desejo com o campo do Outro. É a alteração da demanda vinda de quem se ocupa do bebê que provoca a alternância das fases, de forma não evolutiva e não estritamente cronológica: “a passagem da pulsão oral à pulsão anal não se produz por um processo de maturação, mas pela intervenção de algo que não é do campo da pulsão - pela intervenção, o reviramento, da demanda do Outro” (LACAN, 2008 [1964], p.177). Posteriormente, vemos essa operação de montagem do circuito pulsional ganhar nova ordenação a partir da significação sexual dada pelo falo, que especifica a pulsão, regula a relação com o objeto e com o Outro e inaugura o lugar do sujeito. Na sexualidade infantil, os objetos pulsionais são recortados na relação do bebê com o outro.

Freud, no terceiro dos seus Três Ensaios (1905), fala da entrada em jogo do falo na sexualidade infantil. Ele afirma que a passagem pelo primado do falo se dá pela retroação, e, no que diz respeito à pulsão sexual, todas as zonas erógenas ficam subordinadas à zona genital. Assim, ao introduzir, na relação da criança com a mãe, no momento da passagem pelo Édipo, uma instância terceira, e, ao apresentar esse horizonte mais além da demanda da mãe, o significante fálico institui o registro do sexual. Portanto, seus circuitos pulsionais, suas zonas erógenas, e seus objetos correspondentes ficam, a partir de então, referidos à significação do falo.

No *Seminário 10 – A Angústia* (1962-1963), vemos Lacan acrescentar, aos objetos da pulsão já elencados por Freud – oral, anal, genital –, dois novos objetos: o olhar e a voz. O autor nos faz acompanhar toda a engrenagem da especificação da pulsão através da dialética da demanda e do desejo, no processo de cernir os objetos. Ou seja, a intervenção do falo não tem um efeito de síntese, nem de totalização. Assim, os objetos da pulsão, recortados na passagem pelo circuito pulsional, dão notícias dos modos de relação que se estabelecem entre o sujeito e o campo do Outro. O objeto resultante desse percurso, que é extraído do sujeito, e cai como objeto negativo, resulta dos desencontros entre demanda e desejo com o campo do Outro.

Lacan relembra que a satisfação da pulsão se dá no percorrer do circuito pulsional, estabelecido em três tempos. Ainda em referência ao artigo das Pulsões de Freud (1915), Lacan diz: “não há dois termos nessas pulsões, mas três. É preciso bem distinguir a volta em circuito da pulsão do que aparece – mas também *por não aparecer* – num terceiro tempo” (1964, p.175). Em relação ao que Laznik entende como terceiro tempo do circuito pulsional, este coincide com aquilo que Lacan propõe: “é novo ver aparecer um sujeito [...]” (1964, p.175). Não podemos deixar de comentar que, ao falar do aparecimento do sujeito no final do

circuito pulsional, Lacan ressalta que ele “pode não aparecer”. Isso indica que são possíveis acidentes na montagem do circuito pulsional que tenham como consequência o não surgimento do sujeito.

Temos notícias das graves consequências para um bebê quando lhe falta o investimento que vem como olhar e fala do campo do outro. Não são raros os relatos de situações de *hospitalismo* (LAZNIK, 2013, p.50), quando bebês internados em enfermaria, apesar dos cuidados recebidos em termos de necessidades básicas, como alimentação, calor, etc., se deixam morrer. A principal hipótese, nessas situações, é que faltou a esses bebês tanto um investimento subjetivo por parte daqueles que cuidaram deles, quanto, da parte do bebê, a resposta não foi da ordem de um interesse e de uma interação com o campo do Outro. Por alguma razão, alguns bebês recusam de forma radical a presença desse Outro, e a relação entre eles e o outro cuidador não se estabelece.

2.2.3 As duas operações de Constituição do Sujeito: a alienação e a separação

Para sustentar a proposição de seu surgimento no final do percurso da pulsão, Lacan (1964) lança mão das duas operações de fundação do sujeito: a alienação e a separação. Se o percurso dessa constituição é um processo circular entre o sujeito a advir e a torção que se dá na passagem pelo campo do Outro, veremos se produzir, no final do percurso, o sujeito dividido pelo significante, pela incidência da linguagem. Para se produzir no campo do Outro, o sujeito consente em reduzir-se a não ser mais do que o efeito de um significante. Lacan (1964, p.203) nomeia “afânise” esse desaparecimento, ou *fading*, do sujeito como efeito de se deixar representar pelo significante.

Ao falar da alienação, Lacan lhe dá o estatuto de uma operação lógica que coloca o sujeito frente à necessidade de fazer uma escolha. Quando essa escolha é feita, e não podemos esquecer que se trata de uma escolha forçada, isto quer dizer que o sujeito consentiu em se submeter às leis e aos efeitos do significante, e a se constituir a partir dessa divisão que diz da separação entre sujeito e objeto. Ou seja, uma perda resulta dessa escolha forçada: será o objeto *a*, como aquilo que resta da operação da linguagem (GENET, 2008).

Para representar essa operação, Lacan (1964) lança mão da metáfora da bolsa e da vida. Frente à opção que essa escolha apresenta, se a decisão do sujeito for pela bolsa, perderá as duas, pois não há bolsa sem vida. E, se a vida é a escolha, ela será marcada pela falta da bolsa, até então parte do “conjunto vida”, que, portanto, já não se encontrará

completo. A operação da linguagem como constitutiva do sujeito equivale, assim, à escolha pela vida, que será, no entanto, decepada da bolsa e para sempre incompleta.

Lacan nomeia essa primeira operação de vel alienante, e propõe um esquema similar para abordar a operação de fundação do sujeito a partir de seu encontro com o Outro. Para formalizar essa primeira operação, Lacan utiliza os círculos de Euler e a teoria dos conjuntos para propor, da mesma forma que a metáfora referida anteriormente, a lógica da escolha forçada. Nessa configuração, o sujeito se veria frente à escolha entre o ser (sujeito) ou o sentido (o Outro). Se a escolha recai sobre o Outro, a parte do ser desaparecerá, restando o campo de sentido, marcada pelo não-sentido, que seria a intersecção entre os dois círculos. Assim, o vel fundador leva o sujeito a ter que escolher pelo sentido e surgir representado por um primeiro significante ou significante unário (S1), ao qual o sujeito precisará se alienar para existir. O S1 representará o sujeito para um outro significante S2.

Lacan apresenta a operação da alienação da seguinte maneira:

A alienação consiste nesse vel que condena o sujeito a só aparecer nessa divisão que venho, me parece, de articular suficientemente ao dizer que ele aparece de um lado como sentido, produzido pelo significante, de outro ele aparece como afânise (LACAN, 1964, p.206).

Ou seja, pelo efeito da afânise, o sujeito desaparecerá, ao se deixar representar nesse movimento de remetimento entre S1 e S2.

Após a operação do vel alienante, adviria a operação da separação, sempre em articulação com a primeira, e que terminaria a circularidade da relação do sujeito ao campo do Outro, demonstrando aí a torção existente no percurso (LACAN, 1964, p.213). O que está em questão, nessa segunda operação, é o sujeito lidar com a necessidade de se separar do significante ao qual se submeteu durante a alienação, e que produziu um efeito afanísico. Então, aquilo do que o sujeito deveria se separar seria justamente do efeito de apagamento causado pelo significante, ao qual ele precisou se submeter ao se deixar representar em S1, no momento da alienação.

Lacan acrescenta que é ao identificar brechas no discurso do Outro (por exemplo, da mãe ou da pessoa que assume o papel de mãe) que é possível, para o sujeito, estabelecer separações pontuais, a partir dos quais pode discernir o “eu” do “não-eu”. Será no deslocamento desse lugar que lhe foi oferecido pelo discurso do primeiro Outro com o qual teve que lidar, por exemplo, a mãe, que poderá encontrar algum descompasso em relação ao lugar de objeto que precisou ocupar no desejo dela. Ao perceber um desejo da mãe descompassado com o seu discurso, ou seja, um ponto de falta, um desconhecido, pode construir outro sentido e, a partir disso, se constituir como sujeito.

No artigo “Por uma Teoria Lacaniana das Pulsões” (2013), Laznik trabalha, a partir de sua pesquisa sobre as condições de surgimento da síndrome do autismo em bebês, asduas operações de constituição do sujeito formuladas por Lacan. Para a autora, enquanto no autismo a dificuldade seria relativo a um fracasso do tempo da alienação²¹, na psicose estaria associada a um fracasso no tempo da separação (idem, p.56). Segundo Laznik, a não-instalação do terceiro tempo do circuito pulsional impossibilitaria a operação da alienação como primeiro tempo constitutivo. Isso traria consequências tanto no reconhecimento da imagem, como no assujeitamento ao significante (idem, p.65), o que poderia ter como efeito a possibilidade da instalação do quadro clínico do autismo.

Depois de ter se alienado aos significantes maternos, e se assujeitado ao lugar de objeto de investimento libidinal para a mãe, algo precisará acontecer para que o bebê se desloque dessa “economia perfeita” nas trocas com a mãe. Esta, ou quem quer que faça a função de maternagem, precisará se deixar faltar, para que o bebê possa ter a experiência da separação, ou seja, de um sujeito que tem uma existência separada da de sua mãe. As condições em que isso poderá ocorrer dependem da forma como o sujeito enfrentará a passagem pelo complexo de Édipo.

São aos significantes que vem do campo do Outro, representado pelos pequenos outros com quem convive, que o sujeito precisa se alienar como condição para advir na dimensão simbólica regida pelas leis da linguagem. A incidência da linguagem no funcionamento pulsional comparece, portanto, pelo investimento oriundo do campo do Outro, tesouro dos significantes. A nomeação, ato de transformar a coisa em palavra, é uma articulação de sentido que introduz o sujeito na dimensão simbólica. Nomear algo insere o sujeito no campo da representação, na medida em que uma palavra não pode abarcar o todo de um sentido. O remetimento de S1 a S2 produz um sentido que representa o sujeito apenas temporariamente, pois este se perderá logo em seguida, para que novo reenvio a cadeia significante se faça, e novo sentido se produza.

Na psicose, o funcionamento da linguagem não acontece da mesma forma. Aparece aí o mecanismo da holófrase: “a solidificação do primeiro casal de significantes impede que um significante possa vir no lugar de outro, já que eles ocupam o mesmo lugar” (VORCARO, 1998, p.33). A superposição se desdobraria numa impossibilidade de remetimento a outros significantes, obstruindo, assim, a sua função. A holófrase atesta a ausência da dimensão

²¹ Lembrando, uma vez mais, que não se trata de um tempo cronológico e sim de tempos lógicos na estruturação do sujeito.

metafórica na relação com a linguagem e, se ela opera, o sujeito não pode se deixar representar de um significante a outro. Ele fica preso a um único sentido.

Os fenômenos psicóticos, como o delírio, a alucinação auditiva, o neologismo, demonstram como, na psicose, as palavras podem ter um efeito de fixação. O efeito do significante na psicose não é, portanto, de representação, pois ele significa apenas a si mesmo, e permanece fechado num sentido único. No Presidente Schreber²², por exemplo, ele “é” a mulher de Deus, e nada em relação a essa construção delirante pode ser dialetizada.

2.3 PULSÃO E LINGUAGEM

Tendo trabalhado, até aqui, a constituição do sujeito a partir da montagem pulsional, analisaremos, a seguir, de que forma o “fazer-se com a linguagem” (VORCARO, 1999, p.26), ou seja, a maneira segundo a qual se dá a articulação do circuito pulsional com o campo da linguagem, considerando que ela acontece diferentemente na neurose e na psicose.

A operação de entrada na linguagem produz restos e faz cair os objetos, e, por isso, é necessário que o significante paterno, representado pelo falo, inscreva essa perda no registro sexual. Na neurose, o falo virá sob a forma de uma falta e é isso que o constitui como objeto *a*, causa do desejo (LACAN, 1962-1963, p.48-49). A especificação do pulsional, feita pela ação retroativa do registro fálico, liga os objetos da pulsão aos circuitos de satisfação e à economia de trocas que lhes são próprios. E também articula os orifícios e bordas do corpo às zonas erógenas e às suas funções. Assim, a referência ao falo é o que regula a própria fisiologia do corpo. Só assim os circuitos pulsionais e as zonas erógenas se especificam retroativamente. Lacan, no *Seminário A angústia* (1962-1963, p.353) indica que a “cessão do objeto” é aquilo que o sujeito tem que perder na sua entrada na linguagem. Na psicose, a relação com a linguagem não opera essa extração do objeto *a*, separando sujeito e objeto. Por isso, o objeto não está fora, não é algo que o sujeito possa ir buscar no campo do Outro. Sujeito e objeto permanecem não separados, ou seja, ficam colapsados.

Lacan nos faz ver que a montagem da pulsão nesse circuito se apoia numa topologia de borda, que nos faz acompanhar por que as zonas erógenas “só são reconhecidas nesses pontos em que se diferenciam para nós por sua estrutura de borda” (LACAN, 1964, p.166). A

²²Freud, no artigo “Notas Psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia” (1911), aborda a questão da psicose a partir da análise do Caso Schreber, no livro escrito por Daniel Paul Schreber. O autor do livro, que Freud não chegou a conhecer pessoalmente, era um paciente paranoico e relatou a história de sua doença no célebre “Memórias de um doente dos Nervos”. O relato feito por Schreber dos fenômenos psicóticos por ele experimentados é magistral, e foi analisado por Freud e também retomado por Lacan ao longo de seu ensino.

articulação entre a pulsão como montagem e o sujeito como efeito da linguagem consiste no fato de que, assim como os significantes instauram as hiências, que constituem o inconsciente, as zonas erógenas também são instituídas a partir da dimensão da falta, em torno do buraco deixada pelos objetos *a* cernidos no percurso pulsional. O investimento libidinal do outro cuidador e as marcas significantes vindas do campo do Outro são o que demarcam o contorno corporal, suas bordas e furos, especificando, assim, as zonas erógenas. Elas correspondem a esses furos do corpo por onde se produzem os objetos de troca com o campo do Outro. Essa comunidade topológica entre os buracos da anatomia e os furos pulsionais é articulada a partir da linguagem.

Czermak retoma a formulação de Lacan segundo a qual “a própria delimitação da zona erógena que a pulsão isola do metabolismo da função é resultado de um corte que obtém favor do traço anatômico de uma margem ou de uma borda” (1998, p.832). Destaca o valor dado à expressão “favor anatômico”, usada por Lacan (1998 [1960], p.832), para reforçar que a coincidência dos efeitos da linguagem com a anatomia não é uma obrigação e sim, justamente, um favor. Essa articulação vem sustentar a ideia de que não basta os órgãos estarem bem formados para funcionarem, e que, portanto, é necessário algo que os ponha em marcha e que os faça operar articuladamente.

Assim, para cada tempo do circuito pulsional, o sujeito vai cernindo o objeto *a* que lhe corresponde: o oral, o anal, o olhar e o objeto voz. Lacan aponta, em relação aos objetos pulsionais, que, quando o circuito pulsional é concluído, “nenhum deles pode separar-se das repercussões que tem sobre os demais. Une-os uma solidariedade íntima, que se expressa na fundação do sujeito no Outro por intermédio do significante” (LACAN, 1962-1963, p.266).

2.3.1O discurso é o que liga os órgãos em função

Retomando a articulação do pulsional com a linguagem, qual seria, então, a “liga” que une os objetos *a* extraídos nesse circuito pulsional de fundação do sujeito?

Em “O Aturdido”, Lacan (2003 [1972]) afirma que o que “especifica” o chamado esquizofrênico é ele “ser tomado sem o socorro de nenhum discurso estabelecido” (idem, p.475). É o que Marcel Czermak desdobra, também a partir do vasto repertório de situações de psicose que trabalha, na formulação de que “é o discurso o que liga os órgãos em função” (2012, p.183). Essa formulação vem nos dar uma direção. Entendemos o discurso como esta solidariedade íntima que une os objetos *a*, a partir da incidência da linguagem no pulsional. Assim, a sua instalação na função de comando caracterizaria a própria funcionalidade do corpo

humano. No entanto, quando esse objeto *a* não se especificou pelo corte na cadeia significativa (LACAN, 1998, p.815), ele pode travar o próprio funcionamento do organismo.

Na neurose, é possível que mantenhamos certa ilusão de que seria natural a adaptação recíproca entre discurso e anatomia. Porém, a psicose mostra que tal adaptação depende de uma operação psíquica. O psicótico não conta com o discurso para ligar seus órgãos em função (CZERMAK, 2009, p.17). A não especificação do contorno corporal, ou seja, a não demarcação dos limites do corpo o deixa sem bordas, e esse fato tem consequência para o próprio funcionamento do organismo. A alucinação auditiva é um exemplo dessa experiência de alteridade radical experimentada pelo sujeito psicótico em relação ao seu corpo. Essa vivência apresenta uma voz que lhe é completamente estranha, e que efetivamente não lhe pertence; vozes de outros, que falam ao sujeito e do sujeito. E, apesar de não serem reconhecidas pelo sujeito como suas, é dele mesmo que surgem, com marca de uma exterioridade radical, a ponto de poderem se tornar persecutórias.

O acompanhamento de Laura nos permite explorar essas considerações. Adolescente de 16 anos, Laura diz que, desde que começou a ouvir vozes, aos 13 anos, nunca mais conseguiu prestar atenção nas aulas da escola. Seus ouvidos estavam sempre ocupados pelas vozes: “Não consigo mais aprender nada, porque as vozes invadem meus ouvidos e pensamentos”. Seus únicos momentos de alívio eram quando escutava música clássica com fones no ouvido. Ela precisava encontrar estratégias para se proteger do funcionamento autônomo do seu próprio corpo. Assim, podemos dizer que os distúrbios da fisiologia do corpo e do sujeito, na psicose, são problemas relativos à montagem pulsional.

Lacan (1962/1963) afirma existirem apenas dois momentos cronológicos em que se pode reconhecer operações fundamentais para a constituição do sujeito: o Estádio do Espelho e o Complexo de Édipo. O que estaria em jogo, nesses dois momentos, seria de que forma pode se dar em tempo, para o sujeito, sua articulação com os elementos constituintes de sua estruturação²³. No Estádio do Espelho, está posta, para o sujeito, a identificação à sua imagem refletida no espelho, que lhe permitirá estabelecer a função do *eu*. No Complexo de Édipo, a incidência da significação fálica inscreve a perda do objeto e a diferença sexual como organizadoras do sujeito e do desejo, retroagindo sobre o pulsional, especificando suas bordas e cernindo seus objetos.

Na adolescência, a montagem especular do eu, que teria sido constituída na época do Estádio do Espelho, será perturbada, mostrando os pontos de fraqueza da construção

²³Sobre a oposição de Lacan em relação aos conceitos de “desenvolvimento e evolução” em favor da “noção de estrutura e de tempos lógicos” na constituição do sujeito, conferir Cirino (2001).

especular e exigindo novas configurações indentitárias. Apesar de Lacan reconhecer uma referência cronológica nos dois momentos nomeados acima, o que ele pretende ressaltar são seus efeitos de “tempos lógicos” na operação de constituição do sujeito.

2.4 O ESTÁDIO DO ESPELHO, A IMAGEM ESPECULAR E A MATRIZ SIMBÓLICA

Lacan apresenta, no artigo “*O Estádio do Espelho como formador da função do eu: tal como nos é revelada na experiência psicanalítica*” (1998 [1949]), um momento fundador: quando o bebê humano se precipita num movimento antecipatório, no qual experimenta fascínio/júbilo ao se deixar capturar pela imagem de seu corpo no espelho. Essa imagem de seu corpo totalizado é autenticada pela nomeação que vem de fora, em geral pela palavra da mãe. Ela lhe reconhece naquela imagem, e, ao nomeá-lo – “Tu és isso” –, oferece um lugar no mundo para o bebê separado dela mesma - um lugar simbólico (LACAN, 1998). A passagem pelo Estádio do Espelho, ou seja, a maneira como cada um estabelece a relação com sua imagem e a forma como se submete, diz “sim”, à alienação significativa, é constitutiva das condições e possibilidades do próprio advento do sujeito. Vejamos como isso acontece.

Lacan localiza que, em algum momento entre seis e dezoito meses, e na condição de que a constituição do circuito pulsional tenha se estabelecido bem, a criança sorri de júbilo ao se voltar para o adulto que a carrega, na busca da confirmação de que aquela é sua imagem refletida no espelho:

A assunção jubilatória de sua imagem especular por esse ser ainda mergulhado na impotência motora e na dependência da amamentação que é o filhote do homem nesse estágio de *infans* parecer-nos-á pois manifestar, numa situação exemplar, a matriz simbólica em que o [eu] se precipita numa forma primordial, antes de se objetivar na dialética da identificação com o outro e antes que a linguagem lhe restitua, no universal, sua função de sujeito (LACAN, 1998, p.97).

O Estádio do Espelho é, então, esse tempo na constituição de um sujeito em que se dá a identificação do bebê à sua própria imagem, constituindo a primeira assunção do *eu*. Assim, trata-se de uma identificação imaginária, mas cuja matriz é simbólica, porque dependente da intervenção de alguém, em referência ao campo do Outro. Se as condições para tal acontecimento estiverem lá, a partir daí, a criança poderá tomar seu corpo/sua imagem como objeto de investimento libidinal, pulsional. O resultado da passagem pelo Estádio do Espelho a contento é, na leitura lacaniana, o que permite a formação da função do *eu*.

Podemos ver, portanto, como o corpo do bebê não se reduz ao seu organismo. É uma construção feita da união deste organismo com algo que não vem de seu foro interior, mas sim do campo do Outro, por exemplo, da palavra e do investimento libidinal dos pais. Então,

para que essa operação se dê, ou seja, para que o corpo do bebê se constitua no sentido que viemos expondo ao longo deste capítulo, precisará de uma presença que veicule, no olhar e na voz, esse investimento necessário. Vale destacar que, quando algo fracassa nesse momento do Estádio do Espelho, onde o que está em jogo é a constituição da imagem do corpo, isso trará dificuldades no que diz respeito à demarcação das bordas corporais.

A possibilidade de o bebê construir a imagem de seu corpo depende de como se dará a articulação dos três registros: a imagem especular (Imaginário), autenticada pela palavra do outro (Simbólico), é o que poderá garantir ao bebê humano reconhecer seu corpo (Real), como uma unidade ou uma totalidade.

O que será que precisa acontecer para que a criança possa vir a se separar do lugar que a instituiu como objetofálico da mãe? Encaminharemos essa questão através do Complexo de Édipo, segundo momento fundamental na constituição do sujeito.

2.5 O COMPLEXO DE ÉDIPO E A INTRODUÇÃO DA LEI SIMBÓLICA

O terceiro elemento a entrar em cena na relação mãe-bebê, representado pelo significante Nome-do-Pai, é o produto da metáfora paterna, cuja função é introduzir esse outro significante no funcionamento da criança. O que nos interessa destacar, na operação do Complexo de Édipo, é o fato de Lacan considerar esta metáfora como um jogo de substituições na cadeia significante, já que, na saída do Complexo de Édipo, o significante materno será substituído pelo significante paterno.

Em seu Seminário *A Relação de Objeto* (1995), Lacan nos pergunta: quando a criança percebe que o que a sua mãe deseja está para além dela mesma? Esse é o momento da entrada no Complexo Edipiano, no qual está em jogo a existência de um elemento terceiro que irá interditar/barrar a relação da criança com a mãe, ou com quem estiver exercendo essa função do primeiro Outro. É necessário que algo se interponha entre a criança e a mãe, para que esta possa vir a transitar no mundo como um sujeito destacado do corpo materno. A mãe, e sua palavra mais do que tudo, tem que permitir que um terceiro se interponha entre ela e a criança, para que essa possa desenvolver uma existência própria, ainda que permaneça numa relação de dependência que, se tudo acontecer como esperado, diminuirá progressivamente. É necessário, então, que um terceiro elemento intervenha na harmonia perfeita mãe-bebê. Este pode ser o próprio pai ou alguém que exerça e represente a função paterna.

Lacan chamou de Nome-do-Pai a operação que institui o significante representativo da função paterna, e é por conta de sua introdução, autorizada pela mãe, que a criança deixa de

ser apenas uma extensão de seu corpo. Do lado materno, é preciso suportar a frustração de que não sabe tudo sobre a criança e a impossibilidade de satisfazê-la integralmente, o que atesta uma existência legítima para a criança separada dela. Ressalta que a operação do Nome-do-Pai é uma operação de linguagem, por tratar-se de uma metáfora que substitui por esse significante o lugar primeiramente simbolizado pela falta da mãe. O Nome-do-Pai instaura a significação sexual pelo qual a mãe está submetida, também ela, à falta de um objeto de completude e à lei do desejo. Este significante, que presentifica a negatividade do objeto, por sua perda, atualiza nesses desencontros entre desejo e demanda os intervalos inerentes a própria estrutura da linguagem.

Assim, o Nome-do-Pai, como o significante paterno é aquilo que intervém como terceiro na relação mãe-bebê, e que realiza a separação entre eles, instituindo a perda do que virá a ser o objeto *a*, causa do desejo. É na relação com a mãe que se faz a extração do objeto *a* e isso a partir da incidência da linguagem (MELMAN, 1991, p.69).

Ao retomar a passagem do sujeito pelo Complexo de Édipo, Lacan examina a operação da forclusão do Nome-do-Pai, e a conseqüente não instauração da metáfora paterna, como condição específica das psicoses, estabelecendo a diferença para com o mecanismo do recalque, que caracteriza a neurose, ponto a ser discutido no próximo item.

2.6 A QUESTÃO PRELIMINAR AO TRATAMENTO DA PSICOSE

Lacan (1955-1956) unificou o campo das psicoses em torno da noção da forclusão do significante Nome-do-Pai. Ao longo de seu ensino, lança mão de diferentes formulações para abordar a constituição do sujeito. Inicialmente trabalha a partir da articulação dos três registros: Real, Simbólico e Imaginário. Depois se propõe falar a partir da topologia das superfícies. E, no tempo final de sua obra, sugere a topologia dos nós. Apesar de se deixar trabalhar pelas novas referências que lhe atravessam, da linguística, da topologia, entre outras, Lacan nunca abandonou sua leitura estrutural da constituição do sujeito. Mais do que isso, vemos, no percurso de seu ensino, como nenhuma dessas abordagens cobre por completo o campo da clínica, justamente porque nenhuma delas se anula ou se exclui.

No artigo “De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose”, Lacan afirma que “ao se reconhecer o drama da loucura, põe-se a razão em pauta, porque é na relação do homem com o significante que se situa esse drama” (1998, p.581). Lacan aponta que, também na psicose, a constituição do sujeito se passa pela relação com o campo da linguagem, com a função da fala, e com o significante. Esta seria a proposição de Lacan como a questão preliminar ao

tratamento da psicose: “não esqueçam jamais que nada do que diz respeito ao ser humano como sujeito, e ao que quer que seja no qual ele se realize, no qual ele simplesmente é, não pode escapar de ser submetido às leis da fala” (LACAN, 1955-1956, p.102).

No Seminário em que trata da Angústia, Lacan insiste em nos interrogar: como o sujeito entrou nessa história do significante? (1962-1963, p.79). Quando afirma, dez anos antes, no escrito *Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise*, que “a lei do homem é a lei da linguagem” (1998, p.273), Lacan já anuncia sua compreensão do significante:“(…) o que define um elemento qualquer de uma língua como pertencente à linguagem é que ele se distingue como tal, para todos os usuários dessa língua, no suposto conjunto constituído pelos elementos homólogos”(1998, p.275). Assim, o que importa na relação com o significante não é sua relação com um significado, mas que seu lugar seja referenciado ao conjunto dos outros significantes que compõem a língua. Esse conjunto de elementos estabelece a estrutura da língua, o que, por consequência, engendra os efeitos de linguagem. Em outras palavras, é porque a cadeia significante se produz na articulação de um significante a outro, e porque é nesse espaço entre um significante e outro que o sujeito advém, que podemos dizer que o sujeito é um fenômeno de linguagem, submetido ao determinismo da ordem simbólica.

Considerando o encaminhamento feito até aqui, veremos como essas proposições, em relação à incidência da linguagem na constituição do sujeito, se colocam para a neurose e para a psicose. Se, tanto numa como na outra, o sujeito é determinado por sua relação com o significante, sem desconsiderar as incidências bem diferentes do que se passa em cada uma das estruturas, onde poderíamos localizar a diferença entre neurose e psicose?

2.6.1 O que diferencia Neurose e Psicose?

Freud, em seu artigo *Neurose e Psicose*, abordou inicialmente a distinção entre estas duas condições subjetivas a partir da relação com a realidade: “a neurose é o resultado de um conflito entre ego e o id, ao passo que a psicose é um desfecho análogo de um distúrbio semelhante nas relações entre o ego e o mundo externo” (1923, p.189). No texto *A Perda da Realidade na Neurose e na Psicose* (1924), elaborado poucos meses depois, Freud aponta dois modos diferentes de perda da realidade, e dois modos distintos na tentativa de reconstruí-la. Na neurose, ocorreria um afastamento da realidade dolorosa numa espécie de fuga, através do mecanismo do recalque (*Verdrängen*), e a fantasia viria a produzir substitutos para a realidade desagradável. Na psicose, aconteceria uma rejeição de parte dessa realidade, e o mecanismo que operaria seria a recusa (*Verleugnen*) de parte dessa realidade. O resultado

dessa operação seria a criação de uma nova realidade, que se revelaria através, por exemplo, de fenômenos como a alucinação ou o delírio.

Lacan, no seminário sobre *As Psicoses* (1955-1956), aponta, na neurose, uma ruptura com a realidade psíquica, que é elidida numa outra linguagem. Então há uma fuga parcial da realidade, e o que cai sob o golpe do recalque fica esquecido, mas continua se fazendo ouvir, e retorna articulado simbolicamente nas manifestações inconscientes, como os sonhos, sintomas, atos falhos... Na psicose, a ruptura se dá com a realidade externa, e aquilo que sofre a ação da *Verwerfung* (rejeição/forclusão) tem uma sorte completamente diferente: “tudo o que foi recusado na ordem simbólica reaparece no real” (LACAN, 1955-1956, p.22). Ou seja, o conteúdo significativo rejeitado retorna no real, tentando reconstruir o imaginário sob a forma das manifestações alucinatórias ou delirantes, e também nas manifestações de desespecificação, despersonalização (idem, p.21).

No que se refere à entrada do sujeito na linguagem, Lacan retoma as articulações de Freud no texto *A Negativa* (*Die Verneinung*, publicado originalmente em 1925) e adverte que “é preciso admitir uma *Bejahung* primordial, uma admissão no sentido simbólico” (1955-1956, p.21). O sujeito se constituiria neste golpe da afirmação primordial em que diz “sim” à entrada na ordem da linguagem que o precede. A operação da linguagem incidira como um corte cujo resto seria o objeto *a*. Mas Lacan também reconhece que essa *Bejahung* pode faltar. Estaríamos aí no campo da psicose. Por não querer saber nada do que diria respeito ao recalque, o sujeito recusa o acesso do significante paterno, o que deixa marcas em sua estrutura, em seu funcionamento pulsional e em sua relação com a linguagem.

No escopo desse trabalho, não cabe abordar a distinção das variadas apresentações clínicas da psicose, que se estruturam a partir da diferença na articulação dos registros do real, simbólico, e imaginário. O que nos interessa ressaltar é a fórmula lacaniana segundo a qual “não se torna louco quem quer” (1955/1956], p.24), ou seja, é necessário alguma predisposição, se não alguma condição, para que um sujeito se estruture como psicótico.

Assim, neurose e psicose aparecem como processos oriundos de duas formas diferentes de organização dos elementos da linguagem, a partir das operações do recalque ou da rejeição/forclusão, respectivamente.

2.6.2A psicose e aforclusão do Nome-Do-Pai

O que pode acontecer se essa relação de completude mãe-bebê se torna prolongada?

Melman (1991) nos adverte que há consequências no prolongamento da relação com esse Outro - a mãe ou algum representante desse outro primordial. Se não há permissão de inclusão do pai como significante na relação dual mãe-bebê, ou seja, se o mecanismo que opera não é incluir um terceiro, mas forcluir (*Verwerfung*) algo que barre esse movimento de completude com a mãe, o sujeito fica retido neste tipo de economia perfeita.

Mas forcluir possui, também, o sentido oriundo do campo jurídico de “prescrever”, ou seja, de algo que caduca pela passagem do tempo (GENET, 2008). Assim como um crime pode, após determinado tempo, não mais sofrer uma condenação, a partir de uma certa idade, a criança será chamada a responder a outras exigências sociais que não apenas a troca com a sua mãe, ou com seus primeiros outros. Quando esta relação com a mãe/primeiro outro se prolonga, “na nostalgia de um encontro assim tão perfeito” (MELMAN, 1991), uma das consequências para o sujeito poderá ser a psicose.

Assim, há um limite temporal para que determinadas operações de constituição do sujeito se estabeleçam - do contrário, problemas poderão surgir nos desdobramentos futuros. Se, frente à impossibilidade de se deslocar do lugar de objeto de completude para o outro, o sujeito a advir se deixar identificar ao Outro e a ele se sobrepuser, abolindo a dimensão de alteridade, uma das consequências poderá ser o colapso sujeito/objeto. Como já vimos neste capítulo, esta seria a operação da holófrase, que acontece quando falta a instância terceira, garantia de uma distância entre sujeito e objeto. A dimensão de alteridade representada pelo Outro fica abolida, e sujeito e objeto não se separaram (MELMAN, 1991, pp.66-68).

Lacan diz que é no significante Nome-do-Pai que se deve reconhecer o suporte da função simbólica, base da identificação da pessoa do pai com a imagem da lei. O que vemos acontecer na psicose, no entanto, é que, quando este significante é forcluído, toda a operação de constituição do sujeito fica comprometida. O sujeito também se estrutura na relação com o significante, como na neurose, mas o que determina a operação, neste quadro clínico, é o fato de que o significante paterno, que introduziria a lei simbólica, fica de fora:

É num acidente desse registro e do que nele se realiza, a saber a forclusão do (**significante**) Nome-do-Pai no lugar do Outro, e no fracasso da metáfora paterna, que apontamos a falha que confere à psicose sua condição essencial, com a estrutura que a separa da neurose²⁴ (LACAN, 1958, p. 582).

Para Lacan, é em torno desse buraco, no qual falta ao sujeito o significante paterno, suporte da cadeia significativa, que se trava a luta a ser enfrentada pelo sujeito psicótico, de acordo com as suas possibilidades.

²⁴ A palavra marcada em negrito foi introduzida por mim.

2.7 A DESESPECIFICAÇÃO PULSIONAL NA PSICOSE

A experiência clínica com adolescentes no SIAC nos permitiu constatar que são nos quadros clínicos de psicose que a complexidade do funcionamento pulsional desordenado aparece com mais clareza. Um paciente dizia, por exemplo, que sua boca não servia apenas para comer. Para ele, que engolia moedas, pilhas, colheres, chaves, sua boca era realmente um orifício com o qual sugava coisas aleatórias, sem nenhuma finalidade de satisfação da fome. Uma adolescente falava do seu horror ao se olhar no espelho e ver a imagem de um corpo deformado pelo sobrepeso, o que não correspondia ao que as pessoas lhe diziam sobre ela ser magra, e mesmo, à demonstração da balança. Outro adolescente falava que não queria comer porque seu intestino não funcionava: “estava parado”. Ele se sentia um “pinto entupido”, mesmo relatando os efeitos satisfatórios dos laxantes sugeridos por seu médico. Tais relatos de pacientes psicóticos dão testemunhos de um corpo cujo funcionamento nos leva a interrogar o que teria acontecido em sua constituição para que algo, na delimitação de suas bordas, tenha se estabelecido de um modo diferente do que na neurose. Veremos como, não por acaso, essa fragilidade em relação ao contorno e à delimitação de suas bordas aparecem com frequência na época da adolescência.

Como fica, então, a constituição do circuito pulsional na psicose? O que não operou, na constituição do sujeito deixando as bordas corporais vulneráveis a uma desorganização radical?

Nesse ponto, retomamos Czermak no artigo “Observações sobre situações de desespecificação pulsional, em sua relação com as funções na psicose” (2012), quando afirma que, com a ausência de uma ordenação do funcionamento pulsional pela não instauração do primado fálico, pode ocorrer, na psicose, a desespecificação pulsional, identificada pelo “colapso” entre sujeito-objeto-função, onde os órgãos podem vir a se separar das funções em que normalmente se exerceriam.

A partir da experiência no tratamento com psicóticos, o autor nos fala que, em função da não especificação do circuito pulsional nesses quadros clínicos, o funcionamento corporal é marcado pela oralidade, que “convoca tanto a alimentação, quanto o fôlego, a respiração ou a voz” (CZERMAK, 2012, p.167). No entanto, a oralidade, que normalmente articula harmoniosamente as funções alimentar, respiratória e fonatória, ficaria prejudicada na psicose, e nos interroga sobre esse furo/boca que pode ser discordante de qualquer orifício

natural. Na situação de Denis²⁵, paciente que engolia coisas aleatórias, o que a oralidade teria a ver com a boca enquanto borda e com a pulsão oral?

No artigo *Oralidade e Psicose*, Czermak (2012, p.141) interroga se “haveria alguma especificidade da oralidade na psicose”. Tanto ele como outros autores (CZERMAK, 2009; TYZLER, 2009; GARNOT, 2009) afirmam, no entanto, que o que ocorre na psicose é a não especificação do circuito pulsional, tal como vimos ocorrer na constituição do sujeito neurótico. E o que pode acontecer nas diferentes apresentações da psicose, por exemplo, na mania como paradigma dessa questão em torno da oralidade, são episódios de desespecificação pulsional, no qual a boca como orifício corporal não está a serviço da alimentação, da respiração ou dos prazeres orais. Ela funciona como furo que absorve qualquer coisa, deixando o sujeito objetificado sob o comando da pulsão.

Com Czermak (2009), vimos que o discurso é o que põe a pulsão em funcionamento e que, por seu efeito retroativo sobre ela, tendo o primado fálico como regulador, especifica cada orifício do corpo em relação a sua função fisiológica e sexual. Por isso, o autor afirma que “o discurso liga os órgãos em função” (idem, pp.15-26). No entanto, o psicótico, cuja relação com o discurso não foi organizada a partir do significante paterno, fica em dificuldades, já que “é um sujeito desprovido do discurso para colocar e ligar seus órgãos em função” (idem, p.46), o que pode ter repercussão em todo o funcionamento pulsional. A psicose apresenta quadros clínicos em que, mesmo os órgãos estando bem constituídos, suas funções e seu funcionamento estão alterados. Podemos ter notícia disso em várias ocasiões: seja quando determinadas ações acontecem através do corpo do sujeito independentemente de sua ação e de sua vontade, por exemplo, na alucinação auditiva, seja quando certas funções ganham autonomia em seu funcionamento, também em detrimento da decisão do sujeito, por exemplo, a boca que come qualquer coisa.

Vejamos como as questões desenvolvidas nesse capítulo aparecem nos atendimentos com os adolescentes que recebíamos na enfermaria.

2.8 A ESPECIFICIDADE DO PULSIONAL NA ENFERMARIA

Observamos, na clínica com adolescentes e com psicóticos, como o corpo pode apresentar um funcionamento completamente desordenado. Essa semelhança no funcionamento desordenado dificulta fazer o diagnóstico diferencial entre neurose e psicose

²⁵ Denis foi citado no início desse trabalho e será retomado no capítulo 4.

apenas pela fenomenologia do comportamento do adolescente, questão a ser discutida no capítulo 3.

Como temos visto, a adolescência consiste num tempo de desafios para o sujeito, sendo um deles o encontro com um corpo em transformação. Por isso, não é incomum que muitos sintomas nele apareçam, nesse momento. O estranhamento com o peso, com a forma, com a sexualidade, com a adequação aos ideais sociais, confronta o adolescente com essa falta de completude inerente à condição humana, e que se atualiza na relação com o corpo com toda força, nesse período.

Traremos dois fragmentos clínicos de adolescentes recebidos na enfermaria para destacar a especificidade da questão pulsional na psicose. Veremos como esse colapso entre sujeito-objeto-função, do qual nos fala Czermak, dá testemunho de um corpo cujas bordas e funcionamento estão estabelecidos de um modo que não garante a permanência de determinadas funções ligadas à bordas corporais específicas e nem, tampouco, o funcionamento articulado de seus órgãos.

2.8.1A não coincidência entre pulsão escópica e a função do olhar

Otávio tinha 17 anos recém-completados quando chegou ao hospital, após uma crise de heteroagressividade contra os familiares, que lhe negaram dinheiro para a compra de cocaína. Contou fazer uso intenso e contínuo de substâncias ilícitas, já tendo se submetido a abusos sexuais em troca de drogas. Foi necessário aguardar alguns dias para que o efeito da droga cedesse e sua psicose pudesse emergir de forma mais clara. Tratava-se de um rapaz muito preservado, que, durante a internação, gostava de puxar conversa com as pacientes da enfermaria feminina. Algo no seu movimento em relação a elas chamava nossa atenção: ele abordava qualquer mulher. Não todas, mas, indiferenciadamente, qualquer uma: gordas, magras, louras, morenas, velhas, novas. Ao mesmo tempo em que dizia que eram “suas namoradas”, não fazia a escolha por uma, mas também não recusava nenhuma. Parecia ser capturado por qualquer uma delas, a quem presenteava com cigarros e chocolates, em troca de beijos ou da promessa em lhe ser permitido olhar parte do corpo delas nu. Abordava pacientes ou visitantes que encontrava nos corredores do hospital.

Quando lhe perguntamos sobre o que o levava a abordar tantas mulheres, respondeu: “não sei, é uma coisa que não dá para controlar”. Em outra ocasião, comentou: “são as mulheres que se oferecem para mim, porque sou muito amado”. Com o tempo, observamos que o que o capturava era qualquer mulher que olhasse para ele, ou seja, era o próprio olhar

feminino que o atraía. “Sou irresistível”, afirmava. Contou ter feito pacto com a “pomba gira” para que todas as mulheres o amassem. Outras vezes, dizia sentir medo e ficar horrorizado com o olhar delas: “querem me comer com os olhos”.

Czermak, no artigo “Observações sobre situações de desespecificação pulsional, em sua relação com as funções na psicose”, diz: “na psicose, o objeto da pulsão comanda o sujeito, fala em seu lugar, tentando dizer um desejo que teria sido, ali onde ele não pôde advir” (2012, p.180). Para Denise Sainte-Fare Garnot, “(...) a pulsão sendo acéfala na neurose, o objeto de certo modo, comanda também, mas esse objeto aí é faltante, ao passo que na psicose a um só tempo, ele é apreendido e transforma o sujeito em objeto” (2009, p.47). A partir do quadro clínico de Otávio, o que poderíamos dizer da pulsão e da escolha de um objeto na adolescência?

Lacan (1964) aponta que o que se olha é o que não se pode ver: o objeto faltante. Nessa situação, Otávio olha e vê o olhar das mulheres, ou seja, o que ele vê é estar sendo visto por elas. Ao se ver olhado, torna-se o próprio objeto sugado pelo olhar das mulheres, devorado pelo olhar do Outro. O “olhar”, como objeto da pulsão, não é um objeto caído, em perda, e por isso retorna alucinatoriamente: “todas as mulheres o olham e se oferecem para ele” (LACAN, 1964, p.173).

Freud diz que “a pulsão define-se na criança como parcial mais em virtude de seu modo de satisfação do que em função do tipo de objeto por ela visado. Só na puberdade intervém uma escolha de objeto” (1915). Esse adolescente, no entanto, não realiza tal escolha. E isso acontece não por uma dificuldade relacionada à sua condição adolescente, mas por sua estrutura psicótica. Aquilo que o toma não é um objeto que causa seu desejo. Ao contrário, é a pulsão que está sendo capturada pelo objeto, e, talvez mais do que isso, sugado pelo olhar de qualquer mulher. É um funcionamento pulsional sem barras, limites ou impedimentos. Como ele mesmo diz, “não dá para controlar”. O sujeito se equivale ao objeto, que se equivale a uma demanda imperativa: beije, cheire, olhe. Quando Otávio cede a esse empuxo, não exprime nem desejo, nem interesse sexual. É uma demanda em relação à qual não tem nenhuma distância. Mais do que uma excitação interna de força constante, parece que seu funcionamento pulsional obedece a uma força externa, que lhe acomete como um imperativo que o suga/consome (olhares, drogas).

Na preparação para sua primeira licença da internação, Otávio havia dito que iria arrumar uma mulher para passar o dia todo tendo relações sexuais. Quando voltou para a enfermaria, contou que, como não tinha encontrado uma mulher, gastou todo o seu dinheiro em cocaína.

No texto *Oralidade e Mania*, Czermak (2009, p.59) aponta que, quando o circuito pulsional não se especifica, tanto seus objetos estão desespecificados como a sua satisfação se faz de forma indiferenciada. Ou seja, para Otávio, tanto fazia satisfazer-se na relação sexual ou no uso da droga.

Investigando sua história de vida, alguns elementos se destacaram nas entrevistas com a mãe. Ela conta que Otávio sempre foi seu filho adorado. Desde que perdeu o marido, assassinado pelo tráfico quando o filho tinha 2 anos, ela se colocou a tarefa de “proteger o filho dos perigos do mundo”. Casou-se de novo e teve outro filho, mas o maior continuou tendo um lugar especial para ela, o que criava muitos problemas com o segundo marido. Ela impedia que o padrasto interviesse com o enteado, o que dificultava que este o reconhecesse como referência paterna. Só deixou o primogênito ir para escola aos 7 anos, quando o filho menor, então com 3 anos, também começou a ir. Nas entrevistas, insistia em dizer: “lá em casa, Otávio é o mais amado”.

Um último ponto em relação ao trabalho com esse adolescente. No seu quadro clínico, a oralidade pôde servir para dar notícias de uma apetência toxicomaniaca, assim como os olhos puderam servir para uma apetência devoradora, mas nem a boca, nem o olhar estavam aí convocados como fonte da pulsão, ou seja, como borda, ou como zona erógena. Aparecem como orifícios que servem para absorver tudo ou qualquer coisa, o que podemos dizer, dá no mesmo.

Na situação de Otávio, foi o trabalho de endereçamento de sua palavra à psicóloga, que o acompanhou durante sua permanência na enfermaria, que permitiu a aparição de sua estrutura psicótica. Fora dos muros do hospital, seu movimento o levava para situações em que colocava sua vida em risco, mas seus atos eram sempre tomados como rebeldia adolescente e nunca como possibilidade de uma errância psicótica. A enfermaria funcionou como um contorno real, produzindo um efeito de regulação do seu funcionamento pulsional, e teve um efeito apaziguador para suas vivências psicóticas. Ainda na enfermaria, voltou a se interessar pelos esportes e participava semanalmente do jogo entre pacientes e funcionários do hospital. Demonstrou vontade em retomar os estudos no curso de alfabetização para jovens adultos, num projeto que acontecia dentro do CAPSi, onde também passou a ser inserido numa proposta de tratamento continuado, que também incluiria o acompanhamento de sua mãe.

Iniciamos este trabalho abordando como o funcionamento corporal desordenado, que acontece tanto na adolescência, como na psicose, esfumaça as fronteiras dos quadros clínicos e nos colocam a urgência em examinar os elementos que nos ajudem no manejo transferencial do tratamento. Apresentaremos agora o acompanhamento de uma jovem que coloca várias

dessas questões em debate: a dificuldade em estabelecer um diagnóstico diferencial no momento da adolescência; o embaraço em identificar os fenômenos elementares da psicose na infância e na adolescência; e os fatores que fazem da adolescência um momento propício para o desencadeamento da psicose.

2.8.2A fragilidade do contorno corporal

Na situação de Kátia, a razão que fez a família levá-la para tratamento foi o fato de não querer se alimentar “para não engordar”. A situação da recusa alimentar estava tão grave quando chegou ao hospital, próximo ao nível de subnutrição, que a equipe médica da emergência chegou a considerar a introdução de uma sonda nasogástrica, se ela não voltasse a se alimentar nas horas seguintes. Tinha 15 anos quando chegou à emergência do hospital. Pelo relato que nos trazia inicialmente, parecia que a crise da adolescência estava aparecendo para ela como um estranhamento em relação à imagem corporal. Convivia com um diabetes desencadeado aos 11 anos, o que demandava severos cuidados com a alimentação. Enquanto ficou sendo tratada apenas pela clínica médica/endocrinológica, a única preocupação foi regular sua glicose.

Chegou à emergência do hospital por indicação de um residente médico, que a atendia no ambulatório clínico de outro hospital em função de distúrbios alimentares mistos (episódios de bulimia e anorexia). Já na emergência do hospital, pudemos começar um trabalho de escuta sobre as restrições alimentares, e sobre a sua falta de vontade de comer. Falava de sua estranha relação com a comida. Dizia quase não sentir fome, mas, quando ela aparecia, se via tomada por uma voracidade tamanha que a fazia comer o que visse pela frente: devorava colheradas de manteiga, bebia azeite direto da garrafa, leite condensado da lata. Após essas situações, ficava tomada por um pavor de morrer pela alta da glicose e saía correndo para expelir o que tinha acabado de ingerir.

Aos poucos, suas questões começaram a aparecer nas sessões, agora já no contexto da enfermagem. Falava do horror que sentia ao pensar que podia engordar. Tinha crises de dismorfismo corporal²⁶ quando se pensava gorda. Na evolução do que ela mesma chamava de “crise”, começava a pensar que estava gorda, passava a se sentir inchando e imediatamente se

²⁶ Atualmente designado como Transtorno dismórfico corporal (TDC), após a última revisão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), este diagnóstico psiquiátrico caracteriza o indivíduo com uma intensa preocupação quanto a um defeito imaginário em sua aparência, levando a sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida.

via obesa no espelho, sentindo-se como “um monstro”. Isso a levava a recusar alimentação, cuspir e/ou vomitar tudo o que punha na boca.

Kátia localiza que seus problemas começaram quando a pediatra, que dela tratava desde criança, ao acompanhar a abertura do quadro do diabetes, disse que “não podia engordar nem um grama”. Kátia revela que, desse dia em diante, passou a ficar muito atenta aos alimentos que ingeria, e começou por conta própria a fazer restrição a determinados produtos. Por exemplo, dizia não poder mais comer “carninha” porque a fazia lembrar da vizinha Carminha. Considera que foi desde então que sua “mente ficou fraca”. Começou a ouvir as amigas lhe chamando de “tanajura”. Chegou a nos dizer: “Achei primeiro que era inveja delas, mas depois tive certeza de que era xingamento mesmo, estavam me acusando de ter ‘bunda grande’”. Passou a ver coisas que não existiam, como sua tia morta numa cova. Pensava que estava engordando, via-se gorda no espelho, e, por não suportar isso, queria morrer. No entanto, decidira que, se iria mesmo morrer, que morreria magra. Por isso tinha parado de comer.

Essa questão da imagem também aparecia quando dizia não suportar olhar-se no espelho por medo de ver “aquele monstro”- sua imagem refletida no espelho- e voltar a ter crises. Por isso tampou todos os espelhos da casa para não ver sua imagem refletida, pois achava que, se se visse gorda, não aguentaria e tentaria se matar.

Nos atendimentos, me contava suas dificuldades na relação com a mãe, postas desde o nascimento. A mãe tentou afogá-la em seus primeiros dias de vida por não tê-la reconhecido como sua filha, pois Kátia era branca, dos olhos azuis, enquanto ela própria era negra de olhos castanhos. A mãe, também dando testemunho de seu funcionamento psicótico, lhe dissera várias vezes ao longo da vida: “seu pai me traiu”. Sua interpretação delirante dos fatos dava notícias da ambiguidade com que experimentava a maternidade. O impacto do nascimento de Kátia, sua impossibilidade em recebê-la e cuidar dela, e a forma extremamente desorganizada com que viveu os primeiros tempos da maternidade, sem conseguir amamentar, nem se responsabilizar pelos cuidados básicos com a filha, culminaram numa primeira internação psiquiátrica da mãe. A partir de então, Kátia ficou sendo cuidada pelas tias paternas. Durante o tempo que a acompanhamos, a adolescente falava do medo que sentia de a mãe voltar a ter crises por sua causa, mas, ao mesmo tempo, ressentia-se por nunca ter podido ser cuidada por ela.

Após sua alta da enfermaria de adolescentes, a partir de um pedido seu, continuamos acompanhando-a no ambulatório do hospital. Falava de como sempre teve grande preocupação com seu corpo, como se cuidava para não engordar e da vontade em fazer

faculdade de educação física. Contava que se submetia por conta própria a treinos extenuantes, como fazer 300 abdominais por dia, ou dar 20 voltas correndo na quadra de esportes perto de sua casa. Não percebia, ou pelo menos não problematizava a questão que todos os tipos de atividades físicas em que se envolvia eram muito intensos, sem limites, o que acabava por deixá-la exausta e esgotada. Em contrapartida, parava tudo subitamente e ficava meses sem fazer nenhum exercício físico, com dificuldade de fazer qualquer atividade e sem querer sair de casa.

Começamos a trabalhar a ideia de que sua preocupação em cuidar de seu corpo pudesse fazer parte de um trabalho de preparação física com alguma orientação, ou seja, que pudesse ser endereçada a alguém, que passasse por algum “outro”. Matriculou-se num projeto esportivo, mas logo se desinteressou. Sentiu que estavam exigindo muito dela, como se fosse uma atleta. Tivemos notícia da coordenadora do projeto que Kátia não conseguia se submeter aos dias e horários de treinos. E que chegaram a propor que ela ficasse como monitora, já que ela gostava muito de cuidar das crianças menores, mas ela não aceitou.

Passou por um momento muito grave aos 17 anos, quando teve sua primeira relação sexual. Ao retornar de um período de férias, encontramos Kátia internada novamente na enfermaria. Vinha exigindo do namorado, um rapaz que conheceu na igreja, que tivesse relações íntimas com ela, ao que ele se negava, por conta de sua religião. Ele acabou cedendo aos pedidos dela, o que foi desastroso. O episódio foi vivido por Kátia como uma violência, resultando em uma postura negativa da adolescente em relação ao namorado. Este chegou a ir conversar com sua família, com intenção de casar-se, mas ela terminou o namoro e não houve nenhuma possibilidade de conversa entre os dois. Depois disso, passou um tempo muito desorganizada, envolvendo-se com amigas que faziam sexo coletivo, e tentando seduzir os primos menores, pois “queria ter outras experiências para decidir se sexo era bom ou ruim”. Marcou um encontro sexual com o primo de 13 anos, que foi interceptado pela família, e culminou em sua ida para a emergência psiquiátrica.

Às vezes, Kátia ficava semanas sem aparecer para o atendimento ambulatorial, só aceitando falar conosco ao telefone, ou enviando cartas pela mãe. Dizia que falar era muito difícil, pois voltavam à sua mente os pensamentos que a levavam às crises de dismorfismo. Depois de um tempo sem querer vir aos atendimentos, soubemos que estava novamente internada, com um quadro psicótico francamente aberto. Nessa época, já tinha completado 18 anos. Pediu que fosse vê-la. Dizia não saber mais se era homem ou mulher. Que se sentia em transformação permanente dependendo de com quem estava se relacionando. Se estivesse com crianças, brincava como elas; se estivesse com os adolescentes, vestia-se de funkeira;

quando saia à noite com as tias, vestia de mulher adulta; mas, em relação aos esportes, só jogava futebol com homens porque eram “raçudos”. Foi apenas retroativamente que pudemos dizer que toda aquela questão que apresentara em relação à sua imagem, e à fragilidade no contorno de seu corpo, desde pelo menos o início dos atendimentos, já eram fenômenos elementares de sua psicose.

No quadro clínico de Kátia, o distúrbio alimentar, que até então havia lhe servido como proteção para a eclosão da psicose, revelou a fragilidade de sua imagem pela falta de um contorno corporal. Podemos supor que esse fracasso na demarcação das bordas de seu corpo aconteceu por dificuldades ocorridas nas primeiras trocas com seus outros primordiais. Por exemplo, podemos interrogar se as manifestações de anorexia e bulimia, que apareceram na adolescência de Kátia como fenômeno elementar de sua psicose, poderiam estar relacionadas, justamente, aos impasses ocorridos na instauração de seu contorno corporal. Pudemos também acompanhar como foi no seu encontro com o sexual que sua psicose desencadeou. Nesta circunstância, seu corpo perde qualquer referência a um posicionamento em relação à partilha sexual. Abandonando a imagem de um corpo monstruoso, ela passou a viver a própria indiferenciação sexual de seu corpo.

Quando, na delimitação dos contornos do corpo, algo falha na costura entre pulsional e linguagem, vemos acontecer outro tipo de funcionamento pulsional. O sujeito pode ficar à mercê de experiências de desespecificação pulsional. Não se trata de cada orifício correspondendo a um buraco único, mas à busca de zonas erógenas substitutivas, de um trajeto que não seria marcado por esse movimento de ir e vir no campo do Outro. Ou seja, temos um corpo com um funcionamento desregulado. A intercambialidade entre os objetos se torna indiferenciação, e aí, qualquer objeto chama o olhar ou a boca. Ao contrário de haver uma especificação do circuito pulsional, na psicose ocorre, como acompanhamos nas situações clínicas de Otávio e Kátia, um funcionamento pulsional desespecificado. Os órgãos e os orifícios, por não terem sido organizados e estruturados pelo discurso, funcionam desamarrados. Os orifícios, os objetos pulsionais e os órgãos se desamarram, as funções perdem sua especificação e o sujeito desaparece.

A proposta desse capítulo foi retomar a constituição do sujeito a partir de sua dependência com o campo do Outro, retomando a especificação de suas bordas e o estabelecimento do contorno do corpo como efeito da entrada na linguagem, ou seja, da forma como o sujeito diz sim à alienação significativa. Demonstramos que os acidentes que acontecem nesse tempo inicial de estruturação do sujeito comprometem o estabelecimento da

imagem do corpo, podendo ter repercussões diversas, inclusive no funcionamento do organismo. É o que podemos ver acontecer na psicose.

Pelo fracasso da instauração do circuito pulsional, ou do não remate do circuito pulsional, vemos surgir, no funcionamento psicótico, diferentes fenômenos que atestam como o funcionamento corporal está intrinsecamente articulado ao próprio funcionamento da linguagem. No trabalho com adolescentes em crise, o problema que se coloca é que a intensidade das vivências e as diferentes formas que os adolescentes encontram para responder as crises enfrentadas nesse momento da vida ofuscam, para o campo clínico, a identificação dos elementos que poderiam contribuir para o diagnóstico diferencial.

Ao final desse capítulo, restam algumas questões. Sendo a psicose a estrutura que responde à falta do Nome-do-Pai, enquanto significante fundador, e a adolescência o tempo em que o sujeito irá invocar esse Nome-do-Pai como marca estruturante, quais seriam as razões para o desencadeamento da psicose no tempo da adolescência? Existe sempre a crise da adolescência? O que seria a crise esperada nessa passagem, nessa travessia, e o que seriam sinais de uma desorganização psíquica mais grave? Enfim, podemos dizer que há adolescência para um sujeito psicótico? Essas são as questões que nos guiarão, no próximo capítulo.

CAPÍTULO 3 O ENCONTRO COM O SEXUAL, A CRISE DA ADOLESCÊNCIA E O DESENCADEAMENTO DA PSICOSE

Que o que Freud demarcou daquilo a que chama sexualidade faça furo no real, eis o que se percebe pelo fato de que, como ninguém escapa ileso, as pessoas não se preocupem com o assunto.

Jacques Lacan

Partindo da proposta apresentada de início, retomaremos, no presente capítulo, as contribuições de Freud e Lacan relativas ao momento da puberdade, buscando elementos para cernir o que seria o tempo da adolescência, a partir de uma leitura psicanalítica. Nossa hipótese é que o encontro com o real de um corpo em transformação, que ocorre no momento da puberdade, provoca consequências subjetivas e precipita o adolescente num tempo em que precisará responder a novas convocações, entre elas o encontro com o sexual e o empuxo para a assunção de outro lugar no laço social. A adolescência seria, assim, a resposta de cada sujeito frente às convocações com as quais é confrontado na travessia para a vida adulta.

Trabalharemos a passagem do momento da puberdade para o tempo da adolescência como um período de instabilidade subjetiva, a fim de abordar a proposição de Melman (1997) de que, na nossa sociedade, o fenômeno da adolescência constitui uma crise psíquica. E esta crise se instalaria porque o sujeito não encontra o lugar de seu gozo ou por não saber como se posicionar em relação a ele (idem, p.30). Investigaremos as diferentes maneiras como os adolescentes respondem às convocações que surgem nessa época da vida, retomando, em Melman, a indicação de que a adolescência se revela como uma “idade suscetível de fazer sintomas” (idem).

Seguindo nessa direção, será necessário diferenciar o que seria a crise própria dessa fase da vida, e quando a eclosão de uma crise nessa época apontaria para uma desorganização subjetiva mais grave, como, por exemplo, o desencadeamento da psicose. Podemos constatar, pelo percurso clínico de vários psicanalistas que trabalham com a adolescência (MANNONI, 1999; ALBERTI, 1996; SAGGESE, 2011), como é frequente o desencadeamento da psicose nesse período. Dessa forma, será importante problematizar como tal desencadeamento está articulado com a forma como o adolescente pode ou não responder às novas exigências subjetivas iniciadas com a puberdade. A partir do trabalho com adolescentes em crise, investigaremos se tal desencadeamento indicaria uma dificuldade a mais para alguns jovens enfrentarem os desafios colocados na direção da entrada na vida adulta e as responsabilidades que esse novo lugar no social representam.

Retomaremos, a seguir, as contribuições de Freud sobre o que seria o momento da puberdade para o ser humano, a partir de sua teoria sobre a sexualidade.

3.1 A PUBERDADE, A INTENSIDADE PULSIONAL E O ADOECIMENTO PSÍQUICO

Freud, ao longo de sua obra, não distingue puberdade de adolescência. No início de sua clínica e em seus primeiros trabalhos científicos, não sustentava francamente a existência da sexualidade infantil. Considerava, em consonância com as ideias da época, que o surgimento da sexualidade no ser humano se dava na puberdade (FREUD, 1894). No entanto, com o avançar dos atendimentos a suas pacientes histéricas, formula a teoria da sedução infantil, na qual considera que as neuroses seriam decorrentes de um trauma sexual ocorrido na infância, e este seria causado por um adulto ou por uma criança mais velha. Considera, desde então, um segundo tempo em que o aumento de excitação, fruto do despertar da sexualidade na puberdade, provocaria uma intensidade pulsional que poderia, inclusive, acarretar o adoecimento psíquico: “a maioria dos psiconeuróticos só adoece após a puberdade, como resultado das exigências a eles feitas pela vida sexual” (FREUD, 1905, p.173). Essa formulação interessa particularmente a nossa pesquisa, na medida em que essa intensidade pulsional não elaborada, e que restaria como excedente psíquico, precisará encontrar alguma via para seu escoamento. Caso não encontre vias mais diretas para sua satisfação, outros destinos serão buscados, podendo provocar o adoecimento psíquico nas suas mais variadas apresentações.

Nos *Três Ensaio sobre a Teoria da Sexualidade*, apesar da preocupação com o que chama os “aspectos fisiológicos e químicos do funcionamento do corpo” (1905, p.125), Freud ressalta, ao longo de todo o artigo e ainda em seu esforço para encontrar elementos para sustentar uma psicologia científica, que seu interesse é pelos efeitos psíquicos dessas transformações que ocorrem na puberdade.

No segundo Ensaio, ao afirmar a existência da sexualidade infantil, Freud designa as características essenciais das manifestações sexuais da infância: as pulsões se apresentariam de forma parcial, desligadas e independentes uma das outras na busca do prazer, e a realização da vida sexual infantil seria essencialmente auto-erótica, ou seja, encontraria seu objetivo no próprio corpo, pela satisfação de uma zona erógena específica. Ainda nesse Ensaio, Freud retoma a chegada da puberdade como a conclusão do desenvolvimento da vida sexual, que vai aos poucos ganhando sua forma definitiva. No que diz respeito à escolha do objeto, Freud considera que esse processo seria difásico, ou seja, aconteceria em duas ondas.

A primeira, na infância, na qual a criança dirige seus objetivos a uma única pessoa, do seu circuito familiar mais próximo, em geral a pessoa responsável por seus cuidados. Para ele, essa seria uma primeira escolha de objeto. A segunda se instalaria na puberdade e determinaria o resultado final da vida sexual (idem, p.206). Para Freud, as duas fases do desenvolvimento sexual nos seres humanos estariam separadas pelo período de latência. Pelas indicações recolhidas nos Três Ensaio, o período de latência, ou a amnésia infantil, transforma a infância de todos em algo semelhante a uma época pré-histórica, e lhes oculta o início da vida sexual (FREUD, 1905, p.180). O período de latência é responsável pela pouca importância dada à vida sexual infantil, na medida em que o recalque opera no sentido de promover um esquecimento dessas primeiras vivências sexuais. Esse mesmo período também proporciona às crianças, pela sublimação da satisfação sexual, a possibilidade de se dedicarem a outros interesses sociais e de desenvolverem afeto por outras pessoas que também cuidam dela e satisfazem suas necessidades, para além da figura materna.

No terceiro Ensaio, Freud aborda especificamente as transformações da puberdade, e diz que esta se caracteriza por dois aspectos principais: a maturidade orgânica dos órgãos sexuais e a escolha de um objeto sexual. Ocorreria que, com a conquista da maturidade sexual, a pulsão sexual - antes inteiramente voltada para zonas erógenas isoladas e independentes umas das outras, e cuja satisfação era auto-erótica - começa a ganhar sua organização definitiva. Entre outras convocações, está lançado o desafio de enfrentar o que seria a escolha de um objeto sexual. O interesse principal de Freud aqui é estabelecer que, com a puberdade, a subordinação das outras zonas erógenas à zona genital acontece para ambos os sexos (idem, p.213).

Na *Conferência XXI*, Freud aborda o desenvolvimento da libido e as organizações sexuais e retoma as características principais da sexualidade infantil, para avançar na construção do que seria a sexualidade no ser humano (FREUD, 1916-1917, p.320). A primazia das zonas genitais, e a escolha do objeto sexual que vinha sendo preparada desde a infância, agora se conclui. Está culturalmente implícito para o púbere que ele irá enfrentar o encontro com o sexual, e com o outro sexo, e que a escolha do objeto deve se dirigir para a diferença sexual. Essa seria a inflexão normativa do Complexo de Édipo. Freud indica que é na puberdade que homens e mulheres irão se decidir quanto à forma de se posicionar – na atividade ou na passividade - frente à pulsão sexual. Essas mudanças são destinadas a dar a sexualidade infantil sua forma final. Nesse momento de sua obra, Freud, apesar de já indicar uma diferenciação na organização da sexualidade entre homens e mulheres, ainda não distingue especificamente a fase fálica da organização sexual. Esta seria contemporânea à

saída do Complexo de Édipo, na qual o órgão genital masculino já assumiu seu papel principal na consolidação da primazia fálica na regulação da vida sexual. A partir daí, tanto os meninos como as meninas estarão referidos ao falo. Ele por tê-lo, e ela por tê-lo perdido, ou na suposição que ainda poderá tê-lo no futuro. Há nesse momento, em função da ameaça de castração (idem, p.219), uma suspensão no caminho do desenvolvimento sexual definitivo, e a instalação do período de latência, na saída do Édipo.

No artigo *A dissolução do Complexo de Édipo*, Freud diz que “o Complexo de Édipo é o fenômeno central no período sexual da primeira infância. Após isso, se efetua sua dissolução, ele sucumbe à repressão, e é seguido pelo período de latência” (1924, p.217). A questão que se coloca, nesse momento de sua obra, é o que ocasiona essa destruição/dissolução. Suas experiências clínicas indicam a ameaça de castração, como fator que leva à dissolução do Complexo de Édipo. Esta se instituiria a partir dos desapontamentos penosos pela não realização do Édipo, tanto nos meninos (tomar a mãe efetivamente como objeto de amor) como nas meninas (ter um filho com seu pai): “assim, o Complexo de Édipo se encaminha para sua destruição por sua falta de sucesso, pelos efeitos de sua impossibilidade interna” (idem, p.217). Freud continua, afirmando que “todo esse processo, por um lado preservou o órgão genital – afastou o perigo de sua perda – e por outro, paralisou-o, removeu sua função” (FREUD, 1924, p.221).

Se a realização do amor edipiano custaria à criança a ameaça da perda do órgão sexual privilegiado, seja como resultante de uma punição, nos homens, seja nas mulheres, como condição de partida, isso geraria um conflito entre o apego ao objeto fálico e o investimento nas figuras parentais. Nesse contexto, normalmente triunfa a primeira das duas forças, ou seja, o abandono de suas esperanças na efetivação do Édipo. Quando a saída do Édipo se realiza, o investimento libidinal direcionado para os pais é abandonado e substituído por outras identificações. Os impulsos libidinais edipianos abandonados são dessexualizados e sublimados, se transformando em impulsos de afeição. Como desdobramento, a autoridade do pai/dos pais é introjetada no ego, formando o superego, como herança deixada pelo Complexo de Édipo.

Freud ressalta o importante trabalho subjetivo implicado nesse processo, na medida em que, ao escolher um novo objeto sexual, o jovem está iniciando seu processo de separação das figuras parentais. E considera o processo de separação das figuras parentais “uma das realizações psíquicas mais dolorosas do período púbere” (1905, p.234):

Dessa época em diante, a puberdade, o indivíduo humano tem de se dedicar à grande tarefa de desvincular-se de seus pais e, enquanto essa tarefa não for cumprida, ele não pode deixar de ser uma criança para se tornar membro da comunidade social (FREUD, 1916-1917, p.393, grifo meu).

Nesse último artigo, Freud localiza, inclusive, que o apego aos pais pode ser considerado o núcleo da neurose. O neurótico seria aquele sujeito fixado na posição infantil:

Os neuróticos, porém, não chegam absolutamente a nenhuma solução: o filho permanece por toda a vida subjugado à autoridade do pai e é incapaz de transferir sua libido a um objeto externo. Com o relacionamento modificado, o mesmo destino pode esperar a filha. Nesse sentido, o complexo de Édipo justificadamente pode ser considerado como o núcleo das neuroses (FREUD, 1917, p.393).

Essa questão colocada por Freud, em relação aos impasses encontrados pelos filhos e filhas na separação das figuras parentais, permanece atual nos dias de hoje. Podemos acompanhar as diferentes fases na evolução desse processo de construção da autonomia na nossa sociedade. Partimos de um tempo em que os jovens só saíam de casa para casar. Passamos pela época em que o que mais se queria era sair da casa dos pais para viver em comunidades com amigos. E chegamos ao momento atual em que, respaldados pela dificuldade em conquistar uma estabilidade financeira, constatamos um adiamento, por parte dos jovens, dessa saída do protegido ambiente familiar.

Observamos, paradoxalmente, de um lado, uma precocidade das crianças, que desde muito cedo se mostram ligadas e interessadas nas questões da sexualidade, e, de outro, jovens adultos prolongarem sua condição de dependência afetiva e financeira das figuras parentais. Testemunhamos, pela clínica com adolescentes, a grande dificuldade dos jovens pagarem o preço de fazer a escolha de um objeto sexual e tomarem lugar na partilha sexual. Acompanhamos a forma indiscriminada, aparentemente aleatória, como as primeiras experiências sexuais vêm acontecendo nos dias de hoje. Não é incomum ouvirmos os jovens dizerem: “gosto de meninos e meninas, tanto faz”. Essa indefinição, tão característica da nossa sociedade, onde tudo parece ser possível, na qual a ciência promove a cada dia um alargamento os limites do impossível, é radicalmente diferente da indiferenciação na escolha do objeto que se passa na psicose, como tivemos a oportunidade de demonstrar pela vinheta clínica de Otávio, apresentada no capítulo 2.

A forma como um sujeito passa por esse encadeamento – organização fálica, complexo de Édipo, ameaça de castração, formação do superego e período de latência – tem consequências para sua vida. Apesar de Freud não falar especificamente quanto a esse ponto no que diz respeito à psicose, podemos dizer que a passagem pelo que seria o tempo do Édipo

fica comprometida, pois não há entrada do pai, ou alguém que pudesse exercer a função paterna, como elemento terceiro que viria se interpor entre a criança e a mãe, como discutido no capítulo 2.

3.1.1 O interesse sexual e a curiosidade intelectual: a transformação na relação com o saber

Entre os efeitos desencadeados pela passagem da infância para a vida adulta, acontece a transformação da posição do adolescente frente ao saber. Nem o saber de seus pais, nem o de seus professores tem o mesmo efeito de antes. Não raro os adultos se mostram incapazes de compreender o momento de crise pelo qual está passando, assim como de dar respostas que o ajudem a se posicionar frente ao convite feito pela comunidade para “ocupar um outro lugar” (MELMAN, 1995, p.09). Ao não encontrar mais, nas pessoas de referência de outrora, respostas para sua crise, o adolescente fica mais aberto aos saberes alternativos, e também mais vulnerável às propostas religiosas²⁷.

Consideramos relevante pensar de que forma o despertar da pulsão sexual na puberdade leva a transformação na relação com o saber. Freud articula, desde sempre, a curiosidade sexual com o desenvolvimento da curiosidade intelectual:

Estou convicto de que nenhuma criança – pelo menos nenhuma que seja mentalmente normal e menos ainda as bem dotadas intelectualmente – pode evitar o interesse pelos problemas do sexo nos anos anteriores à puberdade (FREUD, 1908, p.214).

No artigo sobre O Esclarecimento Sexual das Crianças (1907), Freud afirma que a censura da palavra e o não esclarecimento dos assuntos sexuais também podem interferir e até mesmo inibir o desenvolvimento intelectual. O que revela mais um fator relevante na formação das neuroses. Essa questão da relação do adolescente com o saber é importante para esta pesquisa, na medida em que trará elementos para pensar os impasses em torno da questão da transferência na adolescência e na psicose, objeto do Capítulo 4.

Em um de seus últimos trabalhos, Análise Terminável e Interminável, Freud procura responder se seria “possível livrar-se de modo permanente e definitivo de um conflito pulsional – isto é, ‘amansar’ desse modo uma exigência pulsional” (1937, p.257). Indica que,

²⁷Para Rassial (1997b, p.47), esse momento em que a promessa do Édipo se revela enganadora, após a puberdade ter proporcionado a transformação do corpo da criança em corpo de adulto, também pode ser, para o jovem, um tempo de relançamento do sentimento religioso, já que Deus nos permite ficar na posição de criança frente a um pai idealizado.

duas vezes no curso do desenvolvimento individual, algumas pulsões são reforçadas: no momento da puberdade e no período da menopausa. Para ele, não deveríamos ficar surpresos se alguém não-neurótico anteriormente se torne doente nesses períodos da vida: “quando suas pulsões não eram tão fortes, ela teve sucesso em amansá-las, mas quando são reforçadas, não mais pode fazê-lo” (idem, p.258). Afirma que tais reforços podem vir por novos traumas, frustrações forçadas ou a influência colateral e múltipla das pulsões.

Os encaminhamentos propostos por Freud indicam, portanto, a puberdade como um momento vulnerável para que um sujeito adoça em função da intensificação pulsional experimentadas na saída do período de latência.

Passaremos, em seguida, a retomar as reflexões de Lacan no que diz respeito à passagem da puberdade para a adolescência.

3.2 A ADOLESCÊNCIA: TEMPO DE ABERTURA OU DE DESENCADEAMENTO

No contexto no qual Lacan escreve e realiza seu ensino, em meados do século XX, a adolescência como um tempo específico na vida está consolidada. Mas Lacan também é econômico ao falar em puberdade. Ao longo de sua obra, utiliza poucas vezes os termos “puberdade” e “púbere”. O mesmo acontece com os termos “adolescência” e “adolescente”. Apesar disso, podemos encontrar, em suas formulações, balizas que ressaltam a importância desse tempo da adolescência na constituição do sujeito. Destacaremos em especial suas contribuições no *Seminário As formações do inconsciente* (1957-1958), no *Seminário A angústia* (1962-1963) e no pequeno texto escrito como programa para a peça *O Despertar da Primavera* (1974), de Frank Wedekind.

No seminário *As formações do inconsciente*, Lacan retoma as formulações freudianas sobre o complexo de Édipo e sobre o complexo de castração, e sustenta que o complexo de Édipo tem função normativa, destacando que a maneira como cada um enfrentará o complexo de castração definirá a transformação do menino em homem e da menina em mulher (LACAN, 1957-1958, p.192). Será a partir da posição que cada um vier a tomar frente à interdição do incesto que tanto meninos como meninas se posicionarão quanto à partilha dos sexos. E será só após o período de latência, ou seja, na puberdade, que se estabelecerá uma distinção nítida entre as características da vida sexual de homens e mulheres.

Nesse momento de desfecho do Édipo, está posto para o menino “se identificar com o pai como possuidor do pênis, e da menina reconhecer o homem como aquele que o possui” (idem, p. 203). É digno de nota, na retomada lacaniana, o destaque dado aos trabalhos

posteriores de Freud sobre a sexualidade feminina, nos quais estabelece que a entrada no complexo de Édipo para ambos os sexos se dá pela ameaça da castração. Nos meninos, essa ameaça fica localizada na perda do órgão sexual e nas meninas na perda do amor.

Nas lições em que aborda Os Três Tempos do Édipo, Lacan diz que, no primeiro tempo, a criança deseja não a mãe, mas o desejo da mãe. Para isso, se identifica com o falo, objeto de desejo da mãe, e se oferece nesse lugar para ela. No segundo tempo, surge a figura do pai (que, no primeiro tempo estava lá, porém velada), não apenas no sentido de uma encarnação real, mas também em sua função simbólica, privando a mãe de seu objeto. Essa privação não diz respeito apenas à interdição do incesto no âmbito da criança, mas também à proibição da reincorporação do objeto no que concerne à mãe (LACAN, 1957-1958, p.209). A maneira como o pai poderá intervir na posição da mãe é fundamental na constituição subjetiva da criança. Na melhor das hipóteses, a mãe aceita ser privada pelo pai de seu objeto/falo/criança. É porque pode haver essa proibição vinda do pai que a completude entre mãe-criança vacila. Lacan pergunta: qual é a configuração especial da relação com a mãe, com o pai e com o falo que faz com que a criança não aceite que a mãe seja privada, pelo pai, do objeto de seu desejo? Numa situação como essa a criança se mantém identificada ao falo (idem, p.192). É o que acontece na psicose.

Para Lacan, será no terceiro tempo do Édipo, pela presença real do pai ou de alguém que se autorize a exercer a função paterna, que sua mensagem será veiculada e endossada pela palavra da mãe. Este seria propriamente o momento da dissolução do complexo, em que o pai intervém como aquele que tem o falo, e não como aquele que o é. Ele tem/porta o objeto do desejo da mãe. Nesse momento, o falo se restitui como objeto de desejo da mãe e não mais como objeto privado pelo pai (idem, p.200). Então o pai pode dar à mãe o que ela deseja, porque ele o tem. Esse lugar de pai potente aparece para a criança como ideal do eu.

Aqui se faz necessário apontar as diferenças entre a situação do menino e da menina. O menino, apesar de se identificar com o pai como aquele que tem o falo, entende que não poderá usufruir dele nesse momento, mas poderá se servir dele no futuro. Compreende-se que esse futuro prometido ao menino, quando poderá enfim se servir do falo, está relacionado com a adolescência. A menina, que não tem o falo, não fará essa identificação ao pai. Ela reconhece que é o homem aquele que o possui e irá em sua direção, na esperança de conquistá-lo de outra forma, sendo uma das possibilidades a tentativa da substituição do falo por um filho.

Em seu retorno a Freud, Lacan formula que a questão na saída do Édipo é se há ou não a instauração da metáfora paterna. Até agora, a mãe tinha constituído, através de seus

significantes, uma relação primordial com a criança. O que se vê agora é o pai entrar no jogo e, para isso, sua mensagem precisa ter lugar e ser veiculada pela palavra da mãe. Assim, o significante materno é substituído pelo significante paterno. Tal significante, que representa o Nome-do-Pai, nos diz Lacan, é uma necessidade na cadeia significante. E à necessidade da função paterna, corresponde o Nome-do-Pai na cadeia significante (idem, p.187). Assim, “a maneira como o pai intervém nesse momento, na dialética do Édipo, é extremamente importante de considerar” (idem, p.211). O que a função do pai, ou Nome-do-Pai, vem instituir é a significação fálica, que situa a diferença sexual e a lei do desejo. Ou seja, o Nome-do-Pai tem a função de organizar as coisas no que diz respeito às relações edípicas:

“A metáfora paterna desempenha nisso um papel que é exatamente o que poderíamos esperar de uma metáfora – leva à instituição de alguma coisa que é da ordem do significante que fica guardada de reserva, e cuja significação se desenvolverá mais tarde” (LACAN, 1957-1958, p.201).

Na adolescência, em princípio, o sujeito poderia se servir do que se instituiu no Édipo, ou seja, lançar mão desse título de posse que traz no bolso. Na condição de ter sido marcado pelo significante Nome-do-Pai, poderá vir a assumir a posse do pênis e se identificar ao pai. Mas também há a chance de mudanças de rumo, dependendo dos encontros, bons ou maus, com os quais o sujeito se depara. É por isso que Melman afirma que esse é o único momento na vida de um sujeito em que sua estrutura, se não for confirmada, pode ser alterada (MELMAN, 2000, p.24). As transformações na constituição da fantasia e na escolha do objeto sexual, se algum acidente de percurso ocorra, incidiriam nas identificações sexuais e por consequência nas escolhas sexuais que virá fazer.

3.2.1 A puberdade e a maturação do objeto *a*

Outro momento em que Lacan (1962-1963) fala especificamente de puberdade é no seminário A Angústia, quando relaciona esse momento à “maturação” do objeto *a*. Ao retomar a teoria de Steiner, que sustenta um amadurecimento autônomo da inteligência, e a de Piaget, que afirma a necessidade de um atravessamento de um pensamento infantil ao pensamento científico, Lacan formula:

Há milhares de indícios sensíveis de que o momento em que realmente começa o funcionamento do conceito (...) poderia ser situado de maneira totalmente diversa, em função de um vínculo a ser estabelecido entre a maturação do objeto *a*, tal como eu o defino, e a idade da puberdade (1962-1963, p.282).

O que Lacan aponta é que à maturação do objeto *a*, objeto causa de desejo, corresponde à passagem do pensamento infantil ao pensamento conceitual. Nesse ponto,

Lacan não deixa de destacar que a articulação dos elementos da linguagem à estrutura se dá referida a uma certa temporalidade. O que não tem a ver nem com um amadurecimento desenvolvimentista, nem com uma evolução do pensamento, e sim, com um tempo lógico, que representa a maturação do objeto. No que diz respeito à constituição do sujeito, esse tempo diz do encontro com a angústia de castração. Ou seja, da entrada do sujeito no campo do desejo e da emergência do desejo sexual com tal. E isso tem a ver com a realização de que o Outro é barrado, também castrado. O corte que opera aí está referido à perda da dimensão imaginária característica da infância. Ainda que naquele tempo a dimensão da castração já estivesse presente, será apenas na puberdade que a castração simbólica será enfrentada pela convocação do encontro com o sexual e pela forma como o sujeito poderá se responsabilizar por nomear o objeto causa de seu desejo.

A questão que interessa ao escopo desse trabalho é a articulação da maturação do objeto *a* como objeto causa do desejo, com a formulação freudiana que indica, como uma das características dessa fase, o encontro definitivo com o objeto sexual.

Então, de que forma a escolha do objeto sexual teria a ver com a maturação do objeto *a*, objeto causa do desejo?

No seminário *As Psicoses* (1953-54), Lacan argumenta que a maturação da libido aconteceria a partir de uma diferenciação de níveis na relação com o campo do Outro, e não por um desenvolvimento orgânico. Parece-nos que a maturação do objeto *a* teria a ver com esse processo da libido, em que a mudança de nível na relação com o Outro operaria um corte, cernindo os diferentes tempos da constituição do sujeito, na relação com o objeto e com o desejo. Mas e na psicose, onde o corte não separa sujeito e objeto? Poderíamos dizer que haveria a maturação da libido, mas não a maturação do objeto *a*? E se não há a maturação do objeto *a*, poderá o psicótico aceder ao conceito?

A articulação da maturação do objeto *a* com a transformação na relação com o saber nos interessa porque, ao se ver desamparado em relação aos referências que o constituíram na infância, o adolescente percebe que o Outro é inconsistente e, a partir daí, terá o desafio de inventar um caminho próprio para seguir em frente. E esse próprio não está pronto; terá que ser construído. Frente à perda do mundo infantil, da dimensão imaginária na qual se localizava até então, não há um saber pronto que possa indicar ao adolescente, nem ele o quer, o caminho das pedras para chegar ao universo dos adultos.

Segundo Lacan, o sucesso do púbere em relação aos desafios próprios a essa fase provoca um efeito de pressa no amadurecimento mental. Essa “forçagem” pode produzir aberturas, mas também desencadeamentos (LACAN, 1962-1963, p.282). Ressalta que a forma

como se dá a passagem por esse tempo da vida pode definir o destino de um sujeito, abrindo caminho para a entrada na vida adulta, ou eventualmente precipitando uma desorganização subjetiva grave. Vemos, agora nas articulações lacanianas, mais uma indicação da adolescência como um tempo suscetível de abalos subjetivos importantes.

Outra contribuição de Lacan (1974) sobre a questão da adolescência são suas formulações no programa escrito por ele para a peça *O Despertar da Primavera*, de Wedekind²⁸. Podemos acompanhar, ao longo do texto desta peça teatral, como o encontro com o sexual, e as dificuldades postas para o adolescente a partir daí, atingem três dos personagens principais da obra de formas completamente diferentes. No entanto, fica evidente como, para cada um deles, o encontro com essa dimensão da não existência da relação sexual os lança num desamparo cujo horizonte leva, cada um a sua maneira, ao flerte com a morte. Wendla morre em decorrência de um aborto. Moritz se suicida após um fracasso escolar e pelo medo que se impõe a ele em relação à reação parental. Melchior escapa da morte ao se deixar acolher pela figura do Homem Mascarado, que lhe oferece sua presença como outra possibilidade de referência na vida, para além das figuras parentais. Assim, podemos ver, através dessa peça, que guarda a força de sua enunciação independente da época em que foi escrito, como o encontro com o sexual é causa de abalos subjetivos importantes no tempo da adolescência.

Lacan, assim como Freud, aponta a puberdade como período final quanto ao posicionamento definitivo no campo da sexualidade. E essa tomada de posição na partilha sexual está referida à forma como o sujeito pode passar pelo Complexo de Édipo, e se houve ou não a inscrição do Nome-do-Pai. A adolescência seria, portanto, o tempo no qual, seja menino ou menina, o adolescente terá que assumir a responsabilidade pelo despertar de seu desejo, a partir da posição que terá assumido na partilha sexual. Nos meninos, isso se faz ao situar-se como “homem a partir do Um-entre-outros, por localizar-se entre seus semelhantes”, e, nas meninas, afirmando-se uma por uma, sem se constituírem como um conjunto (LACAN, 1974, p.558).

Na peça de Wedekind, vemos como, para um dos adolescentes, Melchior, frente ao desamparo provocado pela queda dos pais da realidade, houve a possibilidade de encontrar na figura do Homem Mascarado outra versão da função paterna, que o ajuda a enfrentar a morte

²⁸ A peça teatral de Frank Wedekind, escrita em 1882, trata do despertar da sexualidade, revelando seu impacto para um grupo de adolescentes, e abordando a forma individual como alguns personagens lidam com o encontro com o sexual e também a reação deles ao que encontram como resposta vinda do mundo dos adultos.

e a se orientar a partir de uma nova referência simbólica. Nesse contexto, Lacan indica que o Homem Mascarado fez a função de um dos Nomes-do-Pai.

Como seria, na psicose, a possibilidade de recorrer a outros Nomes-do-Pai? Na medida em que esse significante não foi inscrito num primeiro tempo, a aposta seria na criação inaugural de algum Nome-do-Pai, que pudesse fazer suplência para a falta dessa inscrição que não se deu anteriormente? Nossa hipótese é que, no trabalho com pacientes psicóticos, poderia haver, através do trabalho com a palavra, a invenção de algo que operasse para eles como um ponto fixo (MELMAN, 2006), e que fizesse uma amarração simbólica, e lhes permitisse alguma ancoragem na vida. Trabalharemos essa questão no capítulo 4.

Após seguirmos as proposições de Freud e Lacan sobre a puberdade e a adolescência, abordaremos na sequência a formulação desta última como um tempo de crise psíquica, considerando as particularidades em jogo nas respostas de cada adolescente.

3.3 A ADOLESCÊNCIA COMO TEMPO DE CRISE

Vários psicanalistas (MELMAN, 1988; RASSIAL, 1997; MANNONI, 1996) propõem pensar a adolescência como um momento de crise que se revela em diferentes apresentações: sintomas corporais, dificuldade de aprendizagem, isolamento social, uso de drogas. Também pode se manifestar através de episódios de depressão, ou tentativas de suicídio. Outra forma comum da crise da adolescência aparecer, como veremos logo à frente, é através dos atos dos adolescentes, sejam eles acting out, passagem ao ato, mas também pela via de atos criativos ou na participação em movimentos de grupo.

Mas ao que está referida essa crise?

Como vimos nos Três Ensaios sobre a Teoria da sexualidade (1905), Freud indica que a puberdade seria um tempo oportuno para o adoecimento psíquico em face do reforço, ou da reintensificação pulsional. Para Lacan, o encontro com o real do sexo e com a impossibilidade de representar a inexistência da relação sexual lançaria o sujeito num tempo de aberturas, mas também de desencadeamentos. Considerando que a adolescência é a resposta que cada sujeito pode dar ao chamado para assumir um novo lugar frente às exigências provocadas pela puberdade, veremos como o posicionamento frente a essa convocação subjetiva pode ser experimentada como crise. Se a adolescência pode ser considerada um tempo de crise para o sujeito, um momento de instabilidade e/ou desorganização subjetiva, também, pode se revelar um momento de oportunidades decisivo por lhe abrir a perspectiva da entrada na vida adulta.

Aquele sujeito, que ainda há pouco era visto como não conseguindo se responsabilizar sozinho por seus atos e por suas escolhas, passa a ser convocado a se posicionar e a assumir responsabilidades em nome próprio. A cultura muda seu olhar em relação ao adolescente e até os comportamentos estranhos, as “esquisitices”, antes tidas como “coisas de criança”, não são mais aceitos. O sujeito adolescente é frequentemente confrontado com a sua falta de lugar. E a questão da psicose ganha aí todo o seu peso. Se o adolescente é um sujeito que se encontra com uma falta de lugar - nem mais criança e ainda não adulto -, é importante notar que essa falta de lugar em que ele se encontra frente as suas antigas referências, é por outro lado, e ainda com outras incidências, a própria condição do sujeito na psicose. O sujeito psicótico, não tendo se filiado ao funcionamento fálico, regido pelo Nome-do-Pai, em contrapartida também não foi adotado pelo mundo. Assim, vai levando a vida nessa condição do sem-lugar; vagando como um ex-patriado²⁹.

No artigo *Os adolescentes estão sempre confrontados ao minotauro*, Melman propõe que a adolescência seria uma crise psíquica, um momento em que “o sujeito não encontra lugar para o seu gozo” (1997, p.29-30). Apesar de o adolescente ter atingido a maturidade sexual, não possui seu reconhecimento simbólico, já que a nossa cultura só reconhece como adulto alguém que participa do sistema econômico. Assim, entre as demandas às quais terá que responder, o adolescente se vê confrontado com a incitação para assumir uma vida sexual ativa, ainda que isso não lhe dê um estatuto de reconhecimento social pleno, que, na nossa cultura, só acontecerá quando estiver inserido em todos os outros tipos de obrigações sociais, como trabalho, família.

No entanto, não podemos deixar de notar que essa mesma sociedade, que não reconhece o estatuto sexual do adolescente, rapidamente se organizou para abrir espaço no mercado de consumo para objetos e serviços destinados exclusivamente para esse novo consumidor. Antes, quando o tempo da adolescência não tinha tanto destaque, os jovens permaneciam associados ao universo infantil ou eram seduzido pelas ofertas inicialmente destinadas apenas para os adultos. Talvez esse lugar no mercado de consumo seja o único no qual o adolescente experimenta uma atenuação dessa falta de lugar, na medida em que se vê incentivado e reconhecido como sujeito consumidor ao flertar com todos os tipos de objetos disponíveis (de engolir, de vestir, de ouvir...).

²⁹ A ideia do sujeito psicótico como um ex-patriado se coloca no sentido de que a referências que lhe dariam a marca de um lugar de origem, seu ponto de partida na vida, e nesse sentido mesmo, uma pátria, não se constituiu. Algo não operou na constituição de um psicótico que o deixa nessa condição de sem lugar numa cadeia de filiação simbólica.

Ainda que a maturidade sexual já tenha sido biologicamente atingida, e que subjetivamente o adolescente anseie poder usufruir integralmente desse outro corpo que descobre em si, ele não é reconhecido no que toca a dimensão do social. Diferentemente do adulto, que já conquistou o lugar de seu gozo e que, a partir daí, fica instalado na repetição de seus hábitos, o adolescente encontra-se perdido. No período da latência, como vimos, ele fica privado do instrumento que lhe permitiria a satisfação sexual, com a promessa de que “quando fosse grande” esse instrumento lhe seria dado (MELMAN, 1988, p.30). No entanto, isso não ocorre. O adolescente constata que também para os adultos esse gozo é deficitário e insatisfatório. Ao considerar que foi enganado, ou seja, ao se encontrar com o real de que “a relação sexual não existe”, e de que não haverá uma completude com o campo do Outro, colocará em xeque todas as referências que havia construído para lidar com seu desamparo até aqui. Não podendo mais contar com as referências dos saberes de que dispunha até então, o que o adolescente encontra para responder a esse convite de ocupar um outro lugar?

Vai encontrar o vazio de seu ser, nada que valide sua própria enunciação, pela falta do instrumento que, de alguma forma, iria assegurar a autoridade de sua palavra, sua solidão absolutamente essencial, em particular, sua solidão em relação ao Outro (...), o grande Outro pelo qual se acha falado e que descobre em sua própria articulação. Seu sentimento de solidão manifesta-se em relação a esse lugar, não sabendo o que esse lugar espera ou quer dele, o que esse lugar lhe dá para articular, pois, naquele momento, à medida que descobre sua própria enunciação, descobre a si como sujeito, e mesmo descobre seus objetos sexuais e, às vezes, com certa surpresa, quando esses objetos não correspondem perfeitamente àqueles que a comunidade recomenda, a escolha heterossexuada (MELMAN, 1995, p.10).

A adolescência se revela, então, como um tempo em que o Outro está em pane de consistência imaginária, como formula Rassiál (1997a). Diante do impacto dessa inconsistência, quando o adolescente não encontra respostas e/ou as que lhe são dadas não o convencem mais, os saberes constituídos, até mesmo o saber em geral, é continuamente questionado, seja porque o adolescente o recusa, ou porque desconfia dele e de seus representantes. Todos aqueles que, na infância, lhe serviram como modelos ideais, especialmente seus pais e mestres, caem desse lugar e se mostram, além de inconsistentes, insatisfeitos, insuficientes. Na busca por novas referências, muitas vezes buscam no endereçamento aos avôs alguma consistência, alguma garantia, já que representam uma geração em que a questão do sexual já estaria resolvida (RASSIAL, 1997b).

Nessa busca por um caminho próprio, o adolescente ainda pode encontrar nas manifestações artísticas, como a poesia, a música, a pintura, uma possibilidade de manifestação subjetiva onde o que é singular tem lugar e é bem acolhido, justamente por se constituírem como campos que estão menos submetidos às exigências formais. Todos esses

movimentos buscados pelos adolescentes têm o propósito de reparar as insuficiências de seus pais que, por também se revelarem insatisfeitos, não servem mais como modelos.

3.3.1 A crise da adolescência e as crises na adolescência

A crise da adolescência, por ser inexorável, nos coloca a responsabilidade de acolher todas as crises que aparecem na adolescência, a fim de avaliar quando estamos frente a um processo esperado nessa fase da vida ou quando se trata de uma ocorrência que já revela algum comprometimento mais grave.

Octave Mannoni (1996), em suas formulações, considera que a puberdade é uma crise individual, que não coloca problemas no social. Já a adolescência se diferenciaria da puberdade por ameaçar criar um conflito de gerações, ao questionar o social. Contestando a ordem estabelecida, a adolescência confronta as gerações anteriores com as escolhas que fizeram. Afirma que a crise da adolescência não pode ser combatida, encurtada ou curada. Ela deve ser acolhida como um “estado patológico normal” que passará com o tempo, se for bem conduzida. Ao mesmo tempo, o autor se pergunta por que tantas psicoses são desencadeadas na adolescência (1996, p. 25).

Apesar de reconhecer a dificuldade em identificar a psicose nos pacientes jovens, pelas semelhanças que a desorganização de sua condição pode apresentar com a crise esperada da adolescência, ele chama a atenção para a possibilidade de certo número de psicoses poderem ser o resultado de crises de adolescências impedidas de seguir seu curso ou que não foram bem resolvidas. O convite à prudência que o autor faz não se resume somente ao cuidado com intervenções desastradas que possam vir a precipitar uma psicose não desencadeada, até porque não é possível prever as consequências de uma intervenção. O cuidado diz respeito também a como favorecer que um laço de confiança, através da palavra, possa se estabelecer com os adolescentes. Para eles, que se sentem tão acossados por tudo, tão desconfiados de todos e que demonstram a tendência em responder com seus atos, confiar em algum adulto, a ponto de endereçar seu sofrimento, pode ser uma grande desafio. E esse desafio implica responder por sua existência de um lugar outro que não o das identificações imaginárias instituídas na infância (idem, p.31).

Como vimos, a adolescência é um tempo em que, menino ou menina, o jovem precisa dar um passo para assumir responsabilidades em nome próprio. Nesse percurso de não ser mais uma criança, mas ainda não ter se tornado um adulto, muitos desafios estão postos, entre

eles o encontro com um corpo em transformação. Por isso, não é incomum que muitos sintomas apareçam no corpo nesse momento da vida. Dificuldades com o peso, com a forma, com a sexualidade, enfim, com a adequação aos ideais sociais, confrontam o adolescente com essa falta de completude inerente à condição humana.

No livro *Circulando: jovens e suas invenções no autismo e na psicose* (FREIRE & MALCHER, 2014), os autores relataram como a questão da invenção de um corpo aparece para um jovem psicótico. No entanto, se essa questão se coloca para todos os adolescentes que enfrentam inevitavelmente as transformações corporais que desabrocharam na puberdade, talvez pudéssemos dizer que o que se coloca para um jovem neurótico não é a invenção do corpo, mas uma reinvenção, porque, para eles, esse corpo já teve uma primeira formatação na infância. Para os adolescentes psicóticos, a dificuldade se coloca pelo fracasso na demarcação de suas bordas corporais num primeiro tempo. Por isso suportam mal as convocações que surgem nesse período da vida, e que podem servir como disparadores de uma desorganização subjetiva grave.

Constatamos que estes jovens pacientes passam pela crise da adolescência com recursos variados: atos impulsivos, posição defensiva, atitude desafiadora, depressão. Por isso mesmo, é fundamental discernir as crises que se abrem em função do atravessamento entre a vida infantil e a vida adulta das crises psicóticas propriamente ditas. Mas distingui-las não é um trabalho óbvio. Isso porque podemos cair em dois problemas. Podemos banalizar uma questão que é de ordem mais estrutural, atribuindo o problema apenas ao tempo da adolescência, naturalizando situações que são graves e que se não intervimos a tempo, acabam se transformando em urgências psiquiátricas. Por outro lado, é importante cuidar para não precipitar uma carreira psiquiátrica em alguém que está passando por esse momento da adolescência que é, em si mesmo, sempre conturbado. Há o risco de corroborar a via da medicalização ou mesmo uma ‘psicotização’ generalizada dos adolescentes que atendemos.

Para exemplificar essa questão traremos dois pequenos fragmentos de situações clínicas acompanhadas na enfermaria, nos quais os adolescentes tinham feito uma passagem ao ato. Na primeira situação, tratava-se de um adolescente em que a família não pode observar a gravidade em jogo no seu movimento errante de querer permanecer na rua, e, na segunda, a situação de uma passagem ao ato como resposta do adolescente a um estado de depressão aguda.

3.3.1.1 A busca por um lugar no mundo

Bruno era um adolescente de 16 anos que passava dias sumido de casa. A mãe se preocupava, mas o padrasto considerava um movimento “normal” ele querer ficar na rua com os amigos. A grande dificuldade, para Bruno, parecia ser justamente encontrar um lugar no mundo. Esse movimento andarilho já durava anos e, quanto ao que o levava a querer ficar na rua, ele nada dizia para a família. Determinado dia, decidem levá-lo para uma avaliação psiquiátrica. A emergência indica uma internação no SIAC, mas, após cinco dias, a família faz o pedido de alta. Apesar de Bruno encontrar-se ainda muito calado, pouco acessível às investidas de aproximação da equipe, consideramos que naquele momento não haveria porque esgarçar o laço inicial com eles e acatamos sua saída da enfermaria, na aposta de estabelecermos um vínculo de confiança com a família e com Bruno. No momento da alta fizemos seu encaminhamento para um atendimento ambulatorial o que, no entanto, nem ele, nem a mãe conseguiram sustentar.

Alguns meses depois, Bruno volta para a enfermaria, agora por demanda da família. Dessa vez, seu desaparecimento de casa durou mais de um mês. Foi encontrado por um vizinho vivendo na rua com um grupo de punks. Levado ao hospital foi avaliado na emergência e recebeu nova indicação de internação na enfermaria. Ao longo dos três meses que passou conosco, e pelo laço que pode estabelecer com a psicóloga que o acompanhava, foi falando de sua vida. Não conseguia parar em casa por não aguentar as brigas da mãe e do padrasto. Este era usuário de drogas e podia se tornar muito violento com Bruno e com sua mãe.

Bruno conta que suas andanças o levaram a querer morar na rua com os punks para aprender seu modo de viver. Aos poucos, suas vivências psicóticas foram se revelando: a deriva no laço social, o descarrilhamento de seu pensamento, as ideias delirantes. Passou a nos contar que precisava ficar na rua, andando por aí, para cumprir sua missão no mundo: a de encontrar músicos para formar uma banda de rock e realizar a revolução social através da música. Para ele, que não tinha noção de sua condição psicótica, a razão de estar no hospital era a de encontrar outros integrantes para a banda. No trabalho com a musicoterapia, começa a escrever letras de música, nas quais já aparecia o início de uma produção delirante. De sua escolha como vocalista para que promovesse a reorganização do mundo pela música, passando pelas letras das músicas que falavam da luta entre Deus e diabo, de suas encarnações na terra... Durante o tempo em que esteve conosco pudemos perceber que levava a vida de forma muito solitária. Além da mãe e do padrasto não tinha mais nenhum familiar próximo. Morava em um prédio pequeno sem vizinhos da sua idade e há muito tempo não frequentava a escola. Dizia que sua melhor companhia era a música.

Na preparação da alta, estava indo ao CAPSi diariamente, começando a participar mais das oficinas, conseguindo ficar em casa. Após alguns meses de sua saída da enfermaria, no entanto, recebemos a notícia de que ele havia se matado, ateando fogo ao próprio corpo. As brigas com o padrasto tinham se intensificado. Voltara a ficar na rua, e deixou de ir ao CAPSi. O impacto da notícia, os inevitáveis questionamentos sobre se poderíamos ter feito algo para evitar este desfecho, colocou a equipe da enfermaria em trabalho. Várias questões nos retornaram, entre elas as consequências que podem surgir quando banalizamos o sofrimento psíquico do adolescente, e a reflexão de que o que pode parecer um melhor arranjo de vida para eles não necessariamente é assim. Muitas vezes a proposta de uma reorganização do seu cotidiano, e de novas ofertas de laço social, mesmo quando construído junto com eles, pode ser da ordem de um insuportável. Na situação de Bruno, nos parece que, a gravidade das questões que o levava a errância no laço social não ter sido reconhecida potencializou, para ele, a dificuldade em conviver com a falta de um lugar, que é, ela mesma, a condição da psicose.

3.3.1.2 A solidão acompanhada

Jorge, de 15 anos, chega para internação após uma tentativa de suicídio por ingestão de chumbinho. Encontra-se num estado depressivo muito profundo, em função do mau relacionamento com o padrasto. Não vendo nenhuma perspectiva em mudar sua situação, prefere morrer. Durante as duas semanas em que ficou conosco, desenhava muitos navios afundando, mares turbulentos, tempestades. Aos poucos, foi deixando a equipe se aproximar dele e passou a falar dos maus-tratos sofridos pelo padrasto. Ressentia-se por sua mãe não tomar seu partido nas brigas. Por outro lado, dizia entender seu lado porque ela dependia financeiramente do marido. Nos atendimentos individuais, e nas conversas realizadas junto com sua mãe, com a psicóloga que o acompanhava, foi-se construindo uma possibilidade de se deslocar desse ambiente, que, segundo ele, lhe fazia muito mal. Quando pode aceitar o convite do tio, irmão da mãe, para ir morar com ele e sua esposa, em outro município, passou dos desenhos para a escrita. Conseguiu, então, falar sobre como a escrita sempre lhe fizera companhia. Ao escrever, quando estava em casa, não se sentia tão sozinho, mesmo não tendo alguém para endereçar seus escritos. Gostava de contar histórias, arriscava alguns poemas. Na véspera de sua alta, uma frase, escrita como legenda para um desenho de um navio navegando em águas calmas, pareceu dar pistas sobre o lugar que a internação pôde ter para ele: “A solidão é boa quando temos para quem dizê-la”.

Nesse curto período em que esteve conosco, Jorge nos transmitiu a importância para um adolescente poder contar com alguém que possa ocupar para ele o lugar do Outro. Que faz diferença para um adolescente a presença de um outro que possa acolher seu sofrimento e que, na falta dessa oportunidade, eles podem ficar muito sozinhos com a angústia própria a esse tempo pelo qual estão passando.

Esses dois fragmentos clínicos nos remetem à questão do endereçamento no tratamento com os adolescentes, ou seja, a oportunidade ou não que tem de encontrar “outros” que possam ouvi-los sem julgá-los, fixá-los, ou enquadrá-los em comportamentos adequados, mas que também não recuem de investigar clinicamente o discernimento estrutural do que se passa com cada um. Nas duas situações, fica claro como a impossibilidade de darmos lugar ao sofrimento do adolescente é o que nos impede de ver a gravidade de seus atos, tanto para a neurose quanto para a psicose, mas as consequências são diferentes. Na neurose, a possibilidade do adolescente estar acompanhado de um outro, do qual possa receber sua mensagem invertida, é completamente diferente da possibilidade do encontro com outro na psicose. Nela o encontro com um outro nem sempre representa uma alteridade que pudesse fazer diferença. Ao contrário, dependendo da forma como esse outro ocupa o lugar do Outro, os efeitos podem ser desastrosos. Daí a importância de uma investigação mais cuidadosa do que se passa com os adolescentes nesse momento de suas vidas.

3.4 O ADOLESCENTE E SEUS ATOS

Distinguir as diferentes crises que se abrem em função desse atravessamento da vida infantil para a vida adulta é um trabalho clínico fundamental para quem lida com adolescentes, pois disso dependerá a forma como poderemos intervir em cada situação.

A dificuldade em colocar em palavras a angústia, e em percebê-la legitimada, pode levar o adolescente a responder com seus atos. Tratar-se-ia de um sujeito que funciona no “campo da ação”. Por não conseguir colocar em palavras seu mal-estar, e/ou por não encontrar adultos que possam acolhê-lo sem julgá-lo, criticá-lo, ou tentar controlá-lo, é frequente que o adolescente fale através de seus atos. Esse agir vem então substituir a impossibilidade do endereçamento da fala, ou ao obstáculo de seu acolhimento.

A proposição de Melman (1997, p.37) de que a adolescência é uma crise psíquica sugere atenção aos seus atos. Melman recomenda que observemos em que registro estão funcionando, ou seja, se são acting out ou passagens ao ato. Para ele, os atos do sujeito podem revelar-se como um pedido, um apelo ao pai ideal, já que o pai da realidade caiu do lugar que

ocupava até então. Nessa situação, se trataria de um pedido para que o pai pudesse ocupar essa posição de não castrado, e ainda pudesse oferecer um mundo mais completo. Os atos que se dão nesse registro, remetidos a alguém, poderiam ser pensados como acting out. Para Lacan, o acting out seria a demonstração de um desejo desconhecido. Nele, o que é mostrado ao outro pede interpretação, é um endereçamento, e por isso revela uma transferência em curso.

Ao distinguir sintoma, acting out e passagem ao ato, Lacan diz :

“Tudo o que é acting out é o oposto da passagem ao ato (...). Por natureza, o sintoma não é como o acting out, que pede interpretação. O sintoma, por natureza, é gozo. (...) Diferentemente do sintoma, o acting out é o início da transferência. É a transferência selvagem. Não é preciso análise para que haja transferência, mas a transferência sem análise é o acting out”. (1962-1963, pp.136-140).

Haveria, em contrapartida, atos onde o sujeito não espera nada de ninguém, não confia em ninguém, não acredita que alguém possa dispor de um saber que possa lhe interessar. Por perceber o mundo como caótico, partiria para se virar sozinho. Pela falta de referência a uma instância simbólica que represente o saber (a lei), se lança na passagem ao ato. Segundo Lacan, a passagem ao ato seria uma evasão da cena, uma fuga do sujeito em posição infantil que se lançaria ao mundo “à procura de algo que lhe é recusado em outros lugares” (idem, p124). A passagem ao ato, que pode se dar tanto na neurose como na psicose, revelaria um estado sem transferência, uma abolição da referência ao Outro, no qual o sujeito desaparece, se deixa cair.

No trabalho clínico com adolescentes, testemunhamos a dificuldade em passar por esse momento de queda dos ideais, e como, contra isso, o adolescente resiste como e enquanto puder. Esse momento de crise o lança na solidão. Para alguns, este momento trará uma maior dificuldade e, na tentativa de lidar com a castração, poderão desafiar limites socialmente impostos, poderão colocar-se em situações de perigo, chegando a ameaçar a própria vida. Os atos de transgressão, tão presentes na época da adolescência, podem revelar um conflito com a lei, mas também podem revelar uma falta dessa lei simbólica, que não barra o sujeito justamente porque não foi introjetada, como na psicose. Essas ultrapassagens, que às vezes aparecem como transgressões, podem veicular, se assim puderem ser escutadas, uma queixa em relação a uma norma/regra em relação à qual o adolescente fica excluído. Essa afirmação em ato é uma forma do adolescente se posicionar como sujeito, muitas vezes sem ter a dimensão dos riscos que corre, e outras vezes justamente para desafiá-los (CZERMAK, 2012, p.29).

Mas se o adolescente, diante da queda do ideal, da perda de suas referências simbólicas, que acontece nessa passagem para a vida adulta, pode vir a responder com seus

atos, devemos considerar que esse ato não se esgotaria na categoria do acting out e da passagem ao ato.

No artigo *Adolescência: efeitos da ciência no campo do sujeito*, Costa-Moura (2005) propõe que as manifestações da crise da adolescência em sua correlação com o funcionamento social contemporâneo revelam a operação da ciência e seus efeitos no campo do sujeito. Propõe, ainda, que as manifestações da crise da adolescência podem ser indicadores dos efeitos da ciência no campo do sujeito, na medida em que as transformações que a ciência opera não incidem apenas na realidade, mas também sobre a linguagem como campo em que o sujeito se constitui.

Em outro artigo, *Manifesto dos que não tem o que dizer: adolescentes contemporâneos e os grafite de rua* (2005), a autora considera que as pichações serviriam como uma subversão promovida no bom funcionamento da linguagem. Destaca que não é acaso o fato de os grafites e as pichações serem feitos por bandos de adolescentes. Porque estes encontram-se mais desamarrados dos laços simbólicos, podem se lançar numa experiência que não visa a nada, e não tem o objetivo de comunicar nada. Apenas o de fazer uma marca, uma inscrição no real. As marcas das pichações inscrevem-se no lugar em que os discursos tradicionais não têm mais lugar. Ao contrário de reduzir as pichações ao exibicionismo, a uma revolta adolescente ou a uma reivindicação de identidade ou de liberdade pessoal, as pichações escancarariam uma decisão de não escrever, de não pretender uma comunicação. Assim, “sua força não está no conteúdo ou na mensagem, mas no gesto que a produziu” (COSTA-MOURA, 2005, p.118).

Para a autora, o grafite questiona a ciência por ser um movimento de resistência da linguagem, no que diz respeito ao limite da estrutura, da letra, do grafismo:

“(…) é como efeito da formalização que esse vazio da linguagem aparece. Até o advento da ciência o mundo era fechado (Koyré, 1966) e com sentido (cosmo). O real, se havia, era “pleno”, habitado por deuses que vinham misturar-se aos homens, o que fazia com que as contingências aparecessem como parte de uma ordem maior que sempre prevalecia. Não havia fronteira, nesse sentido, não havia um lugar Outro, antes que a formalização da ciência, a matematização dos caracteres em que a natureza está escrita viesse, de um golpe, instituir o real como o experimentamos, isto é, como presença do impossível na linguagem. Com a emergência da ciência, e através dela, o sujeito é depurado do que lhes assegurava estabilidade e consistência imaginária” (idem, p.119).

Podemos observar, ainda, outra possibilidade de responder a esse chamado para ocupar um novo lugar no laço social: através da inserção em manifestações e movimentos de grupo. Como, por exemplo, o engajamento político, e a participação nas questões da vida

pública. É o que pudemos testemunhar nesse recente movimento de ocupação das escolas pelos jovens secundaristas de vários estados do país³⁰.

Nesse momento em que o adolescente fica sozinho, o encontro com o vazio próprio a essa fase, pela desarrumação em relação a tudo aquilo em que acreditava, o leva a procurar sua turma, aqueles com quem possa compartilhar o abalo da saída da infância. Temos aí o início dos movimentos identificatórios de grupo. Antes mesmo das paixões amorosas aparecem diversas outras: pelo time de futebol, pelas causas políticas, pelos ídolos clássicos, que tem como principal função cavar um lugar de reconhecimento social, a partir da inserção num universo coletivo.

Na medida em que a adolescência coloca em questão a relação com o corpo, o posicionamento na partilha sexual, e também a assunção de um novo lugar no laço social, chegamos à seguinte questão: é possível pensar a adolescência para um sujeito cuja estrutura é a psicose? Poderíamos dizer que o desencadeamento da psicose, nesse momento da vida, seria uma indicação de que determinados jovens não têm a possibilidade de enfrentar os impasses da adolescência? E, ainda, a impossibilidade de enfrentar os desafios colocados pelas transformações em curso a partir da puberdade poderiam ser considerados um elemento para o diagnóstico diferencial entre neurose e psicose?

3.5. O ENCONTRO COM O SEXUAL E O DESENCADEAMENTO DA PSICOSE NA ADOLESCÊNCIA

A adolescência é, então, esse tempo na vida de um sujeito em que o Outro está em pane de consistência imaginária. Quando o adolescente precisa recorrer à instância do Nome-do-Pai, enquanto ordem simbólica, o que encontra é um vazio. Com a falta da inscrição deste que representa o significante paterno, não conseguirá responder às convocações com as quais o mundo o confronta: o encontro com o sexual; as exigências do trabalho; o submetimento à cadeia de filiação. Tais questões ganham toda a sua força nesse período. Ao longo do

³⁰ Um artigo na Revista Fevereiro (2016) aponta que o movimento dos jovens secundaristas na ocupação das escolas visava primeiramente, barrar, medidas governamentais que vinham instituir uma “reorganização escolar”, propondo a reformulação do currículo, o fechamento de várias unidades escolares e o remanejamento de outras unidades por ciclos. Todas essas decisões foram propostas pelo governo sem que os pais, os alunos e mesmo os professores tivessem sido consultados. Esse movimento, inicialmente desencadeado pelos jovens secundaristas e depois apoiado pelos universitários, não teve o caráter de rompimento da relação com as autoridades governamentais e nem de mera destruição dos espaços físicos das escolas. Surgiu como resposta a um momento de vazio da palavra, no qual os maiores interessados não foram ouvidos quanto a uma série de mudanças que os afetariam diretamente, desde a reformulação curricular até a diminuição do orçamento para a Educação.

trabalho, destacamos que dentre tantas novidades com as quais o adolescente é chamado a lidar, o encontro com o sexual, é sem dúvida um dos fatores que causa maior instabilidade subjetiva. E é pela impossibilidade de simbolizar a não existência da relação sexual, que muitos adolescentes se desorganizam e que muitas psicoses eclodem a partir da convocação para tomarem lugar na relação com o sexual.

No pós-escrito do artigo *De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose*, Lacan, para encaminhar a questão sobre o desencadeamento, diz:

Para que a psicose se desencadeie, é preciso que o Nome-do-Pai, *verworfen*, *fora*cluído isto é, jamais advindo no lugar do Outro, seja ali invocado em oposição simbólica ao sujeito. (...) Mas como pode o Nome-do-Pai ser chamado pelo sujeito no único lugar de onde poderia ter-lhe advindo e nunca esteve? (1998, p.584)

No encaminhamento do texto, Lacan indica que o desencadeamento ocorreria através da convocação de um pai real, algo que atinja o sujeito como uma injunção fálica. Na sequência, propõe “que se procure no início da psicose essa conjuntura dramática” (idem, p.584).

Alberti (1996) afirma que a passagem pela adolescência é uma “escolha” do sujeito que pressupõe a castração. Ou seja, o tornar-se adolescente estaria referido à assunção de que o Outro é barrado, castrado. A adolescência implicaria, assim, um trabalho subjetivo de elaboração da falta no Outro. Ressalta, porém, que o sujeito psicótico não pode fazê-lo por causa da *fora*clusão do Nome-do-Pai. A impossibilidade de se valer do lugar da autoridade paterna introjetada revelaria a psicose (1999, p.13). É por causa da ausência de tal referência, já que o Nome-do-Pai está *fora*cluído na psicose, que estes sujeitos encontram-se frequentemente na dependência de uma referência concreta de alguém, ou de uma instituição que possam servir de referência para eles. Fica a questão se a necessidade de se apoiar em suportes reais na vida cotidiana, os impossibilitaria de fazer o trabalho da adolescência que, entre outras implicações, diz do desligamento das autoridades parentais.

Como estivemos acompanhando ao longo de nosso percurso, o encontro com o sexual pode atingir o adolescente como injunção fálica, e ele pode não ter meios para responder a ela, o que poderia acarretar o desencadeamento da psicose. Não estamos falando das dificuldades que todo jovem encontra na descoberta da sexualidade e no movimento de aproximação com o seu objeto de desejo. Estamos nos referindo a uma impossibilidade de justamente inventar seus próprios meios para enfrentar esses desafios. Em relação aos adolescentes que apresentamos ao longo da tese, pudemos ver como nas situações de Bruna (capítulo 1), Kátia (capítulo 2), assim como em dois dos personagens da peça de Franz

Wedekind, o encontro com o sexual foi o fator desencadeante da desorganização subjetiva, fosse ela psicótica ou não.

3.6 A DIFICULDADE DIAGNÓSTICA NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA

No que diz respeito ao acolhimento de crianças e adolescentes nos serviços de saúde mental, é raro um quadro psicótico aparecer francamente desencadeado: “os sintomas mais evidentes de um transtorno psiquiátrico, como alterações do pensamento (delírios, desorganizações), de sensopercepção (alucinações) e do humor, tendem a ocorrer mais tardiamente” (MILO, 2015, p.43).

Ao longo de nossa exposição destacamos a importância em buscar elementos que ajudem a distinguir o campo das neuroses do das psicoses, no acolhimento aos adolescentes em crise. No entanto, a clínica demonstra que o diagnóstico diferencial na adolescência encontra dificuldades de várias ordens para ser estabelecido, a começar pelo fato de que, nessa etapa da vida, além da intensificação pulsional, ainda estão vivendo as transformações corporais. Também precisamos levar em conta a dificuldade que eles próprios têm em descrever e nomear seu mal-estar, e ainda não poderem reconhecer seus sintomas como representante de seu sofrimento. Todas essas variáveis nos colocam a exigência de também incluir o trabalho como pais e responsáveis no tratamento.

Por essas razões, a questão diagnóstica no tratamento com crianças e adolescentes deve ser considerada com prudência, a fim de suportarmos esperar que os elementos que poderiam esclarecer a hipótese diagnóstica apareçam no curso do próprio trabalho clínico. Nas situações clínicas que recebíamos na enfermaria, a dificuldade em estabelecer o diagnóstico se evidenciava tanto pela instabilidade subjetiva como, também, porque as situações que nos chegavam eram atravessadas pelas questões sociais, como falta de suporte familiar, descrença nas referências institucionais, incluindo escola, a família, e a autoridade de qualquer tipo.

A transformação que observamos ao longo das últimas décadas na nomenclatura psiquiátrica, constatada nas edições revisadas da Classificação Internacional de Doenças (CID) e do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), que lista diferentes categorias de transtornos mentais e critérios para diagnosticá-los, vem como resposta à uma suposta evolução da psiquiatria moderna³¹.

³¹ Para uma descrição da transformação do pensamento psiquiátrico moderno, conferir Tenório (2012).

A questão que nos interessa destacar é que essas novas categorias diagnósticas tributárias da transformação da nomenclatura psiquiátrica, vem junto com um leque de novas medicações, que surgem na esteira dos bens de consumo ofertados por nossa economia capitalista³². Como, por exemplo, o transtorno opositivo desafiador (TOD), e o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), para ficar apenas nesses dois diagnósticos muito em voga na abordagem psiquiátrica da infância e adolescência, hoje em dia. Não podemos compactuar com o apaziguamento que essa nova onda de diagnósticos, como o de TOD, e o TDAH vem promovendo. Às vezes, uma crise é apenas um episódio pontual e não define um quadro clínico. Não existe o comportamento bom e o comportamento mau. Essa é a própria divisão com a qual os adolescentes nos confrontam. Às vezes estão enlouquecidos e barulhentos, às vezes contidos e silenciosos. Seria exagero dizer que todo o adolescente tem em alguma medida momentos opositivos desafiadores? Da mesma maneira que toda criança é, em alguns momentos, dispersa e hiperativa?

Durante os anos em que trabalhei em diferentes dispositivos na rede de saúde mental de Niterói, vivi, e acompanhei com os colegas, o dilema em torno da questão diagnóstica. Esta era ainda mais problemática quando se tratava de crianças ou adolescentes. Por um lado, havia a necessidade de encontrar um “Código CID” para encaixar as diferentes situações trazidas pelos adolescentes nos formulários que autorizam o financiamento pelo SUS. Por outro, nosso trabalho junto às equipes era o de manter no ar certa cerimônia, certo cuidado diferenciado na proposição de uma hipótese diagnóstica na avaliação de crianças e adolescentes. Achávamos importante não fechar um diagnóstico que pudesse vir a comprometer o destino do adolescente, a partir de um episódio pontual³³.

Dos familiares vinha o pedido de um Nome para algo tão inapreensível como o sofrimento e os comportamentos que seus filhos apresentavam. Considerávamos que orisco, no entanto, era que esse Nome pudesse se transformar em um “rótulo”, fixando o adolescente em determinado lugar, cristalizando a maneira como os adultos à sua volta lidavam com ele e, talvez o mais grave, dificultando, inibindo e até impedindo que esses jovens vivessem o próprio movimento das experimentações e descobertas da idade.

Então quais seriam as incidências da nomeação para o adolescente quando lhe é atribuído um desses diagnósticos modernos e pouco rigorosos?

³² Sobre a relação entre a produção de novos diagnósticos com a indústria farmacêutica, conferir Whitaker (2015), Bezz (2016) e Garnot (2004).

³³ Recebi, por exemplo, uma menina de 10 anos, entristecida pela morte do avô, sua referência paterna, e que distraidamente acabou revelando que desde os 3 anos de idade era medicada com Ritalina, por um suposto diagnóstico de hiperatividade, que até então nunca havia sido re-avaliado.

No texto *A operação significativa: o nome, a imagem, o objeto: as incidências clínicas e teóricas da nomeação*, Thibierg (2007) indaga para que serve identificar esses três termos, a saber, o nome, a imagem e o objeto. Identificarmos não quer dizer que compreendemos. Serve para identificar os fatos, ou seja, aquilo que queremos levar em conta. O interesse dessa seriação, para ele, é o isolamento dos fatos, que a série de três termos torna possível.

Anomeação tem incidências imaginárias, simbólicas e reais. Imaginária, no sentido que nomear alguém de algo é uma oferta a tomar esse nome como uma imagem a qual se identificar. Ou seja, ao adolescente é oferecida a imagem que esse nome/diagnóstico passa a representar como possibilidade identificatória, e a partir da qual ele passa a responder. Em relação às incidências simbólicas, o nome dá um lugar no mundo, estabelece um lugar no laço social. Um sujeito nomeado passa a fazer parte de uma linhagem. Nesses diagnósticos comportamentais eles passam a fazer parte da categoria dos adolescentes com transtornos. O que não é sem consequência para um adolescente, pois, quando entra precocemente no campo psiquiátrico, já se constatou clinicamente que se torna muito difícil sair ou mesmo se deslocar dele. As incidências reais da nomeação aparecem no corpo, porque o toma como objeto de intervenção, o que o faz virar alvo para a investida medicamentosa³⁴.

Quando trabalhamos com adolescentes em crise, é necessário ter cautela em relação a quais elementos podem nos orientar. Mas constatamos na clínica como é impossível nos orientarmos na demarcação dos fatos apenas pelo registro da imagem. Ou, se o fazemos, ficamos diante de uma prática clínica muito empobrecida. Por exemplo, o comportamentalismo diz que tudo o que não tem imagem deve ser deixado de lado, negligenciado, eliminado (THIBIERG, 2007, p.71).

Mas e se, por exemplo, o adolescente nos apresenta um sintoma que não tem imagem, ou seja, não aparece na fenomenologia comportamental? Por exemplo, a alucinação auditiva. Não se trata de compreendê-la, ou investigar sua existência ou não. A questão é partir do fato de que, apesar de não escutarmos as vozes que nossos pacientes psicóticos ouvem, precisamos levar em conta que, para eles, as vozes estão aí, e são muito reais, trazendo consequências para suas vidas, e produzindo efeitos que às vezes não temos como apreender.

O risco, como aponta Alberti, é a confusão que se pode fazer entre o desencadeamento da psicose e a crise da adolescência: “o psicanalista, por trabalhar sobre as estruturas e não

³⁴ O pesquisador Robert Whitaker (2015), em sua palestra intitulada “Anatomia de uma epidemia: história, ciência e os efeitos a longo prazo”, aborda a questão da medicalização psiquiátrica de uso continuado. No que toca a clínica com crianças e adolescentes, ressalta como essa questão é muito grave por incidir em seu desenvolvimento orgânico, aumentando a probabilidade de criar uma dependência da medicação como principal intervenção no tratamento das manifestações sintomáticas na infância.

sobre os fenômenos, necessariamente deverá proceder a um diagnóstico diferencial para não equiparar uma crise da adolescência ao desencadeamento da psicose” (1996, p.31).

Após o desenvolvimento deste capítulo, onde vimos que a passagem pelo tempo da adolescência engendra diferentes modalidades de respostas à crise da adolescência e às crises que aparecem na adolescência, trabalharemos, no capítulo 4, a diferença que pode fazer para a vida desses jovens a forma como acolhemos o sofrimento que eles nos endereçam, e que nem sempre vem através da palavra.

CAPÍTULO 4 LAÇO TRANSFERENCIAL E CONTORNO INSTITUCIONAL: UMA APOSTA NO ENLAÇAMENTO PELA PALAVRA

A resistência do paciente é sempre a de vocês, e quando uma resistência é bem-sucedida, é porque vocês estão dentro até o pescoço, porque vocês estão compreendendo.

Jacques Lacan

Acompanhamos, através das articulações de vários autores (RASSIAL, 1997; MELMAN, 1988; MANNONI, 1996), como a adolescência pode ser considerada uma crise. O encontro com um corpo em transformação, as novas exigências impostas pelo laço social, o abalo na relação com os saberes e com as pessoas que antes serviam de referência tornam a adolescência um momento de muita instabilidade e, com isso, pode se apresentar como uma crise psíquica. Não desconhecemos que, para outros autores, a adolescência é abordada nos termos de uma travessia da infância para a vida adulta, nem sempre turbulenta, problemática ou sintomática³⁵. No presente estudo, no entanto, nosso interesse recai sobre a adolescência vivida como crise, seja ela neurótica ou psicótica, na medida em que eram essas manifestações que chegavam à enfermaria.

Quando um paciente chega a uma enfermaria psiquiátrica, é porque todos os recursos que dispunha fora do hospital se esgotaram. E não acolhê-lo nessas circunstâncias é deixá-lo sozinho, à deriva com seus atos enlouquecidos, mesmo que não sejam decorrentes de comandos psicóticos. Como já dissemos, a enfermaria veio se tornando, pelo próprio percurso do trabalho, um lugar de acolhimento para essas situações-limite, e muitas vezes a função da internação no SIAC era justamente criar condições para que uma avaliação diagnóstica mais cuidadosa pudesse acontecer.

Proporemos, nesse capítulo, que o trabalho clínico sustentado na enfermaria com os adolescentes partia da aposta no vínculo pela palavra, mesmo nos momentos de crise. Nessa direção, abordaremos a questão da transferência como laço pela palavra. Se a passagem pela adolescência é vivida por cada um de maneira singular, também nos cabe problematizar as implicações das diferentes formas de acolher e tratar o sofrimento e o mal-estar que podem aparecer como crise, nessa época. Então de que lugar podemos receber as diferentes manifestações dos adolescentes, a fim de acolhê-los numa condição de endereçamento legítimo? Como receber esses conflitos que os adolescentes nos remetem, sem repeli-los ou reprimi-los, mas ouvindo seu sofrimento como um enigma, como um texto cifrado de sua relação com a alteridade (VORCARO, 2004), ou seja, como uma mensagem a ser decifrada?

³⁵ Para outras leituras sobre a Adolescência como uma travessia, conferir Bemfica (2017) e Monteiro (2011).

Quando falamos em clínica, pensamos numa escuta que se faz a partir da palavra endereçada a nós, e qualquer retomada ou construção do laço com o campo do Outro, qualquer iniciativa em relação a um movimento de inserção social precisará ser construída “sob medida”, no um a um. Nesses tempos de Reforma Psiquiátrica, os lemas da reinserção social e da reabilitação psicossocial frequentemente desconsideram os impasses próprios da psicose e do adolescente com o estabelecimento e sustentação do laço social. Para um adolescente, este passará por conseguir levantar da cama todo dia; para outro, será conseguir ir para o tratamento; e, para alguns, poderá ser frequentar a escola e participar de atividades culturais e esportivas.

Partindo da formulação de Lacan, quando descreve que “na sua essência, a transferência eficaz de que se trata é simplesmente o ato da palavra” (1953-1954, p.130), propomos que a transferência é, ela mesma, o movimento de endereçamento da palavra. Para que uma relação entre alguém que fala e alguém que escuta possa acontecer, o primeiro passo é criar condições para que esse ato de palavra, que vem como desdobramento de um laço de confiança, se estabeleça. Tal direção clínica orientava o trabalho na enfermaria. Por isso, podemos dizer que, mesmo numa circunstância de tratamento que não esteja sob as características clássicas do *setting* analítico, como numa enfermaria, haveria efeitos de transferência (LACAN, 1964, p.120).

A transferência no trabalho analítico com adolescentes e com psicóticos coloca especificidades. Destacaremos como, em relação aos primeiros, os impasses dizem respeito à possibilidade, ou não, do estabelecimento da transferência para um sujeito que está num momento da vida em que desconfia de todos que possam parecer representar saberes instituídos. E, nas psicoses, ressaltaremos que, mais do que a possibilidade ou não do seu acontecimento, o que coloca dificuldades é a intensidade mesma do vínculo com os pacientes, já que sua relação com o outro opera sem filtro para mediá-lo, independentemente de o laço ser amoroso ou hostil.

Para concluir o quarto capítulo, retomaremos Marcel Czermak, para quem “a primeira de nossas instituições é a transferência” (2012, p.41). Se a transferência é esse vínculo entre alguém que fala e alguém que escuta, a condição para um trabalho analítico depende da instituição do campo no qual a palavra é endereçada e pode ser recebida. Essa é a condição para que um trabalho atravessado pela psicanálise possa acontecer, também com os adolescentes em crise.

Através de algumas situações clínicas acompanhadas pela equipe do SIAC, abordaremos as especificidades da transferência com os adolescentes e com a psicose.

Retomaremos a aposta de que a instituição do laço pela palavra pode favorecer, talvez de forma inaugural, a construção da história de cada sujeito, a partir da investigação dos caminhos percorridos pelo paciente até chegar à enfermaria.

A retomada das situações clínicas tem dois objetivos. O primeiro será apresentar a transferência, tal como definida acima. E segundo, demonstrar que a sua proposta como “primeira instituição” é a própria condição para que um trabalho institucional aconteça. Queremos destacar como foi a transferência com os profissionais o que promoveu o vínculo institucional e, inversamente, como foi o dispositivo da enfermaria, produzindo esse efeito de contorno institucional, o que favoreceu o trabalho pela palavra. Assim, concluiremos o percurso dessa tese retomando nossa aposta na clínica com os adolescentes em crise, que se fazia pela articulação do laço transferencial que se estabelecia entre o adolescente, seus familiares e a equipe que os recebia na internação, com o contorno institucional oferecido pela enfermaria.

4.1 A TRANSFERÊNCIA COMO LAÇO PELA PALAVRA

Freud não inventou a transferência. É ele mesmo quem diz: “o tratamento psicanalítico não cria a transferência, mas simplesmente a revela”(1905, p.114).Com essa colocação, Freud revela que a dimensão de endereçamento da palavra, presente na relação de transferência, faz parte da vida. No entanto, o que ele nos faz ver, no posfácio do caso Dora, uma das raras adolescentes que atendeu, é que a psicanálise, além de reconhecer o lado de resistência presente em toda transferência, é o único campo que inclui a transferência negativa como parte do trabalho. E afirma, ainda, que, na psicanálise, se a resistência não for acolhida e trabalhada, poderá ser um obstáculo para o avanço do trabalho (FREUD, 1917, p.114).

Em seu primeiro *Seminário*, no qual retoma os escritos técnicos de Freud, Lacan (1953-1954) aponta que, se o conceito de transferência é determinado pela função que tem numa práxis, isso estabelece também o modo de intervir com os pacientes. Inversamente, o modo de tratá-los também especifica o que consideramos ser o conceito de transferência (LACAN, 1964, p.120).

Lacan destaca que o fundamental é o lugar a ser dado à palavra: “se a palavra é retomada como [...] deve ser, como ponto central de perspectiva, é numa relação a três, e não numa relação a dois, que se deve formular, na sua completude, a experiência analítica” (1953-1954, p.20).

A partir daí, nos interessa pensar como preservar essa dimensão terceira da palavra no trabalho clínico com os adolescentes e com a psicose. Como garantir, para os adolescentes, que esse lugar de endereçamento possa preservar uma alteridade que não se confunde com um representante das figuras parentais, nem da pedagogização dos comportamentos, nem da judicialização da adolescência, e muito menos da psicologização e da medicalização do sofrimento? No que diz respeito à psicose, trata-se, na direção clínica, de garantir um tipo de mediação pela palavra, que reconheça o lugar do Outro como alteridade, mas que procure não obturar esse lugar, a fim de que mantendo a presença de um distanciamento entre o paciente e quem o escuta não se institua na relação com o psicótico uma relação de unificação, o que inviabilizaria o trabalho.

Freud nos diz que “a transferência é o campo de batalha no qual todas as forças mutuamente em choque se enfrentam” (1917, p.530), e o terreno no qual as batalhas devem ser conquistadas. Lacan afirma, por sua vez, que “a experiência psicanalítica se desenrola inteiramente na relação de sujeito a sujeito” (1951, p.214). Ainda que Lacan tenha se apoiado na noção de intersubjetividade no início de seu ensino, podemos reconhecer como em outros textos, por exemplo, no *Seminário sobre a Transferência*, ele fala em disparidade de lugares entre analista e paciente³⁶.

Freud considera o analista como o objeto da transferência (1917, p.517), ou seja, um outro para o qual se transfere e se reeditam afetos experienciados anteriormente pelo sujeito. Com Lacan, vemos como a posição de analista não se restringe a essa dimensão (1998, p. 238). Longe de considerar que, num tratamento marcado pela psicanálise, dois sujeitos estão numa posição dual, e discutem uma objetividade, o analista ocupa, ali, um lugar de alteridade. Se não estiver localizado aí, estará compactuando com uma tapeação (LACAN, 1964, p.128). Para Lacan, a tapeação acontece quando a dimensão do Outro não está presente na situação analítica e o que vigora é a dimensão do amor, da busca da completude e da harmonia. Diferente disso, a presença do Outro na análise garantiria esse lugar de alteridade. Ao propor a questão do objeto, na sua releitura da psicanálise, o que Lacan afirma como novo é pensar o analista, pelo lugar de endereçamento que se propõe a ocupar, como objeto *a*, causa de trabalho, causa da transferência. E também será como objeto que, em algum momento, cairá como o resto de um percurso analítico.

E quanto à psicose? Se a função do psicanalista comporta manter, no interior da análise, uma posição conflitual, necessária à existência mesma do processo, como poderá

³⁶ Em seus primeiros Seminários, Lacan recorreu à noção de intersubjetividade, mas, posteriormente, recusou-a, apontando que a especificidade da transferência analítica diria respeito à questão do sujeito com o objeto.

esse conflito fundamental ser enfrentado na clínica com psicóticos uma vez que, por condição de estrutura, estes não podem viver essa dimensão dialética? Isto por que o conflito, na psicose, não é interno, já que o sujeito não é dividido. Ou seja, o corte que a linguagem faz operar, e que na neurose tem como produto a extração do objeto *a*, não produz o mesmo efeito de separação sujeito-objeto na psicose, como analisamos no capítulo 2. Por isso na psicose, sujeito e objeto permanecessem colapsados, sem distanciamento (Sa). O impasse é vivido diretamente na relação especular com o outro, na medida em que a dimensão do Outro como alteridade pode estar excluída.

Assim, é fundamental estarmos sempre advertidos dos riscos de ficarmos numa posição de paridade com o paciente. Precisamos sustentar um lugar de alteridade também, e especialmente nessas situações. De outro modo, estaríamos compactuado com essa dimensão da tapeação. O risco sempre presente é o de fazer Um com o paciente, ou seja, entrar numa relação de completude, que exclui o lugar do Outro, o que pode engendrar um funcionamento paranoico³⁷ do tipo ‘ou eu, ou ele’, onde não há mediação possível.

Para aproximarmos a discussão da transferência como palavra endereçada da clínica que sustentávamos no SIAC, veremos a seguir o que especifica a transferência no trabalho com adolescentes e com psicóticos, a partir de algumas vinhetas clínicas de situações acompanhadas pela equipe da enfermaria.

4.2 AS ESPECIFICIDADES DA TRANSFERÊNCIA NA ADOLESCÊNCIA E NA PSICOSE

A transferência, no trabalho analítico com adolescentes e com pacientes psicóticos, coloca especificidades. Com os adolescentes, os impasses dizem respeito à possibilidade da transferência se estabelecer para um sujeito que está num momento da vida em que questiona todo e qualquer saber. Nas psicoses, a questão se refere à intensidade do vínculo transferencial que, com os pacientes neste quadro, é sempre muito forte, porque opera sem a barra do recalque, ou o filtro da fantasia, diferente do que ocorre na neurose.

Abordaremos a seguir o que caracteriza, nesta tese, a transferência no trabalho analítico com adolescentes e psicóticos no contexto da enfermaria. Considerando que as condições para que um discurso aconteça é que haja a distinção de, no mínimo, dois lugares,

³⁷ Uma das consequências da instalação de uma paridade de lugares é o retorno dessa disparidade no real, como ocorre, por exemplo, na paranoia (CZERMAK, 2012, pp.192-193).

veremos os desafios a enfrentar para sustentar o campo da fala e do endereçamento, na clínica com a adolescência e com a psicose (THIBIERG, 2007).

4.2.1 A transferência e a adolescência

Como exposto ao longo da pesquisa, entre os efeitos desencadeados pela passagem da infância para a vida adulta, acontece, na adolescência, a transformação da posição do sujeito em relação ao saber. E se isso diz do momento pelo qual estão passando, Melman se pergunta o que pode um analista com os adolescentes, ou seja, se há a possibilidade ou não da transferência se estabelecer, pois nessa fase o laço com o campo do Outro está abalado (2000, p.26). Para ele, o mais benéfico para um adolescente em dificuldades seria encontrar alguém que possa reconhecer seu sofrimento sem fazer discursos, e que, ao escutá-lo, possa, talvez, fazer alguma intervenção que abra para ele a experiência de um saber que ele desconhece, mas que o determina (MELMAN, 2000, p.23).

Se a clínica psicanalítica é uma clínica da transferência, da relação com o Outro, analisaremos dois vetores que caracterizam a relação do sujeito adolescente em sua relação com o Outro: a) a desconfiança em relação ao campo do Outro, que faz com que o adolescente coloque em suspeição o Sujeito Suposto Saber, eixo de tudo o que se passa na transferência; e b) a propensão do adolescente em funcionar a partir de seus “atos”, ou seja, no campo da ação, em detrimento do campo da fala e desconsiderando o Outro.

No *Seminário 11*, Lacan diz que “desde que haja em algum lugar o sujeito suposto saber, há transferência”(1964, p.220).Se o que está em jogo para todo tratamento analítico é a aposta de que, no encontro de um sujeito que endereça sua fala a um analista, que a recebe e escuta, a transferência possa se estabelecer, quais seriam as especificidades do tratamento com adolescentes?

Rassial considera que o adolescente está se deparando pela primeira vez com a experiência da inconsistência do Outro, e que, neste momento de sua vida, “o Outro está em pane de consistência imaginária” (1997a, p.29). Então como apostar que ele possa se dispor a confiar em alguém? Como pensar um trabalho a partir da fala, com um sujeito para quem essa suposição de saber ao campo do Outro está comprometida?

Na medida em que está passando por um momento em que encontra dificuldades em supor saber no Outro, o que comprometeria o estabelecimento da transferência, a possibilidade de um adolescente se dispor a entrar num trabalho analítico é uma questão muito abordada pelos psicanalistas(MANNONI, 1996; RASSIAL, 1999; MELMAN, 2000).

Se o adolescente está na época de contestar os saberes estabelecidos, se está reivindicando diferença em relação à geração anterior, o analista não pode se deixar confundir como um representante destes saberes ou se apresentar como estando aos seus serviços. Por outro lado, o analista também não pode ser conivente ou permissivo em relação aos atos do adolescente que podem vir a culminar em passagens ao ato.

Quais seriam, então, as condições para que um trabalho a partir do laço transferencial pudesse acontecer com os adolescentes? Para aquele que se dispõe a receber adolescentes, há que ficar atento à dimensão do jogo no tratamento. Não apenas o jogo como ferramenta terapêutica que pode favorecer o trabalho, como ocorre no processo com crianças. Trata-se, no trabalho com o adolescente, de *um jogo de cintura*; uma certa flexibilidade no manejo que, por não encarnar a seriedade em relação ao saber, ou a fixidez de um saber totalizante, pode acolher esta posição de contestação tão característica dessa fase.

Melman(1995, p.14), falando sobre a posição do analista em relação ao adolescente, chama nossa atenção para duas modalidades possíveis de relação transferencial: a transferência maciça e o agnosticismo absoluto. Este último seria um estado em que o adolescente se organizaria em torno da ideia de que não existe ninguém em quem possa confiar, ninguém que possa orientá-lo, ninguém em quem pudesse respeitar ou em quem pudesse reconhecer um saber. Assim, ele se colocaria numa posição de não-aceitação de tudo o que lhe é proposto como saber. Se colocaria, diante do analista, numa posição de rejeição e de reticência.

Esse estado agnóstico, de não abrir espaço para uma transferência, de não considerar o Outro, pode levar o adolescente a responder com seus atos quando confrontado com a angústia. E, como vimos no capítulo 3, esses atos poderiam ser tanto da ordem do *acting out* como da passagem ao ato. Melman também chama a atenção para a prevalência do imaginário na relação do adolescente com o analista. Fala da possibilidade dele apegar-se àquele que o escuta no registro de uma relação dual, de uma relação especular. Nesta modalidade da transferência maciça, o adolescente tentaria fazer do analista um modelo para se sustentar, poderia querer fazer dele um amigo, um companheiro mais experiente.

O fato do sujeito adolescente não ser mais uma criança, mas também ainda não ser um adulto torna mais delicado o início do tratamento, entre outras razões porque a demanda na maior parte das vezes não parte dele. É frequente que o pedido de tratamento venha dos pais, da escola, do pediatra. Essa seria uma primeira dificuldade a enfrentar, pois o trabalho com adolescentes depende de que eles reconheçam que aquele espaço de fala é deles e para eles. E,

ainda que a presença de seus pais e/ou responsáveis seja fundamental, ele ou ela também precisará se responsabilizar por sua palavra.

Essa passagem entre a vida infantil e a vida adulta é como temos visto, “uma idade suscetível de fazer sintoma” (MELMAN, 1988/1997). Sintomas esses que revelam conflitos, que podem, por sua vez, sinalizar a *crise da adolescência* que se aproxima, ou que já pode estar em curso. A passagem por essa crise, própria à adolescência, pode ser vivida de várias formas, mais conturbadas ou mais amenas, mas todas nos dão notícias da descontinuidade em curso nesse momento de travessia. Para os adolescentes, colocar em palavras suas experiências subjetivas pode ser algo muito novo. E, para que o endereçamento da palavra possa acontecer, depende de como esse outro, que está no lugar da escuta, poderá receber o que lhe é endereçado, seja na palavra, seja nos comportamentos bizarros, ou nos atos impulsivos.

4.2.2 A transferência e a enfermaria

Em nosso trabalho na enfermaria, observamos como a clínica nos coloca sempre o risco de cairmos em três posições problemáticas: a intervenção pedagógica (quando se parte para o controle do comportamento), a posição moralizante (por exemplo, em relação ao uso de drogas), ou a posição maternal (desresponsabilizando, ou superprotegendo os adolescentes). Para nós, a questão, sempre lembrada nas discussões com a equipe, era: de que lugar ouvir e intervir com os adolescentes?

Em relação a muitos adolescentes que chegavam para internação, suas questões subjetivas frequentemente apareciam escancaradas pelo próprio momento de desorganização subjetiva grave em que se encontravam. Ainda que tivéssemos presente a indicação de Freud (1912-1913) de que é preciso esperar a transferência para fazer uma interpretação e aí, diríamos também, para se autorizar a fazer uma intervenção, no momento de crise não temos esse tempo de espera. O fato de que os adolescentes precisavam se colocar aos cuidados de uma equipe com quem o campo transferencial ainda não estava estabelecido trazia dificuldades para a intervenção dos profissionais nos primeiros tempos da internação.

Quando recebíamos os adolescentes em crise na enfermaria, a única possibilidade, no primeiro tempo do trabalho, consistia em acolher, dar contorno, a toda essa intensidade que nos era endereçada, a fim de construir um campo de trabalho a partir do qual pudéssemos intervir. No cotidiano da enfermaria, observamos como era freqüente o trabalho ter início a partir de uma posição desconfiada, destitutiva, agressiva, ou desafiadora em relação a

qualquer pessoa que ocupasse um lugar reconhecido como sendo de uma autoridade, como a coordenadora, o psiquiatra, ou o chefe da enfermagem. O fato de não serem indiferentes a essas funções nos indicava que reconheciam a diferença de lugares, e, por isso, reagiam, por exemplo, enfrentando a autoridade representada por essas funções institucionais.

Para refletir sobre essa dificuldade que se evidencia no acolhimento dos comportamentos adolescentes, vamos resgatar a experiência com um adolescente, que exemplifica esse impasse.

4.2.2.1 Gilberto: a contestação da autoridade ou a surdez dos protocolos

Gilberto tinha 16 anos quando passou pela enfermagem. Toda noite, insistia em dormir no chão de seu quarto. Toda vez que tirava o colchão da cama e o colocava no chão, a equipe de enfermagem intervinha, no sentido de impedi-lo de dormir fora do leito. Isso gerava muita agitação no adolescente, e a relação com os profissionais dos plantões noturnos acabava sendo sempre muito tensa. Durante a discussão na supervisão, um dos técnicos de enfermagem disse não tê-lo deixado dormir no chão porque não era higiênico. Outro alegou que dormir com colchão no chão ia contra as regras da vigilância sanitária. A equipe ficou surpresa quando se deram conta de que ninguém tinha perguntado a Gilberto por que ele queria dormir no chão. Quando isso foi feito, ele respondeu que nunca tivera cama na vida. Sempre morara com a avó paterna, dormindo no chão da sala, já que a casa só tinha um quarto. Revelou que estava acostumado a dormir no chão, e que não gostava de dormir na cama por ter medo de cair de lá. Este foi um episódio simples, porém exemplar, do que podemos produzir na relação com um adolescente quando a resistência aparece do nosso lado, ou seja, quando colocamos nossas certezas na frente da escuta do paciente.

É o que Lacan nos diz, em relação à posição do analista, mas que também vale para todo o profissional que trabalha a partir da palavra endereçada: “existe apenas uma resistência, [...] a [...] do analista. O analista resiste quando não entende com o que ele tem que lidar” (1985, p.287). Quando abordamos um paciente com protocolos fixados, ficamos surdos para o que se passa de singular na relação com ele. Nessa situação Gilberto não estava sendo rebelde e desrespeitoso com os profissionais. Não estava questionando a autoridade dos profissionais. Nós é que o estávamos cristalizando nesse lugar. Ele simplesmente era um sujeito que não tinha a experiência de dormir numa cama; como disse, não se habituou a dormir no alto. Essa era sua história, o que ele era. Vimos, por essa situação, como é difícil suportar não saber por que os adolescentes se manifestam de determinada maneira. Inicialmente, a equipe avaliava

que ele estava sendo rebelde e desrespeitoso com os profissionais. Mas, a partir do trabalho de supervisão, pudemos perceber que era a própria posição da equipe na abordagem com ele que o estava empurrando para esse lugar.

Quando nos recusamos a reconhecer um apelo nos atos dos adolescentes, quando não podemos receber um episódio de agressividade, a dificuldade na submissão às regras sociais, o isolamento social, e mesmo o uso de drogas, como resposta a algum mal-estar subjetivo, corremos o risco de congelar o adolescente numa posição de “problemático”, delinqüente ou maluco.

Essa questão parece pertinente quando vemos a dificuldade com que os diferentes campos de atuação vêm tendo ao lidar com a resposta dos adolescentes ao seu mal-estar. No campo da justiça, ganha força o movimento para redução da maioria penal; no campo da educação, vemos os jovens cada vez menos interessados no modelo educacional formal; e, no campo da saúde mental, observamos a proliferação de diagnósticos que rotulam os comportamentos, mas não acolhem o sofrimento, como o Transtorno Opositivo Desafiador (TOD), e o Transtorno e Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH).

Dado o exposto acima, como se coloca a questão da transferência no acompanhamento de adolescentes psicóticos? Haveria diferenças em relação aos adolescentes neuróticos? A partir de que lugar nos oferecemos para receber os adolescentes em crise, sejam eles psicóticos ou não? Na enfermaria, nos oferecíamos como um lugar de escuta e também como um espaço de convivência, na aposta que esse acolhimento pudesse favorecer que o sofrimento e o “agir” do adolescente pudesse, em vez de atuado, vir a ser colocado em palavras. E que o tempo de passagem pela enfermaria pudesse contribuir para que os adolescentes pudessem ter algum acesso ao que os desorganizava, fosse a emergência de sua psicose ou um desenlace pontual.

4.2.2.2 Ana Julia: a gravidez adolescente e a psicose

Ana Julia, de 17 anos, chega para internação grávida de 5 meses. No primeiro dia na enfermaria, nos questiona: “para que tudo isso agora? Nunca ninguém se preocupou comigo, por que vocês estão querendo cuidar de mim?”. Para ela, que vivia na rua, que não tinha certeza de quem era o pai de seu filho, e tampouco dava lugar para o bebê que esperava, a presença da equipe era muito invasiva. Via manchas de sangue na parede, sentia o filho morto na barriga, e, quando ele se mexia, tinha medo de que fosse um alienígena que tivesse se apossado de seu corpo.

Durante os mais de 2 meses que passou internada, o trabalho consistiu principalmente em estabelecer com ela uma relação de confiança, construir a possibilidade de não se deixar levar pela vida de maneira tão sozinha, que pudesse receber os cuidados do pré-natal, e, assim, também fosse construindo um lugar, nela mesma, para o filho que gestava. Durante sua permanência na enfermaria, começou a receber a visita do namorado, que decidiu assumir a paternidade do bebê. A família do rapaz, sensibilizada com a situação dos jovens, também se aproximou deles durante a internação de Ana Julia. Durante as entrevistas com a equipe, os parentes do pai da criança foram construindo a possibilidade de irem morar juntos na casa da família, quando da saída da enfermaria. Comprometeram-se em assumir os cuidados pelo acompanhamento da gravidez e da retomada do tratamento de Ana Julia no Capsi.

Toda a equipe da enfermaria se envolveu com esse atendimento. Desde os cuidados com a alimentação de Ana Julia, passando pelo acompanhamento das consultas do pré-natal, assim como na realização de um bolão para ajudá-la a escolher o nome da criança eram formas encontradas para a construção de um laço transferencial com a paciente. Era como se o investimento da equipe nela tivesse lhe ajudado a se interessar pela gravidez, e aberto, para ela, a possibilidade de desejar o seu bebê. Após algum tempo da alta hospitalar, Ana Julia e o namorado voltaram à enfermaria para dar notícias de como estavam e para trazer o convite do Chá de Fraldas da criança, que iria acontecer no Capsi, serviço no qual, a partir da articulação feita pela equipe da enfermaria e com o apoio do namorado, havia retomado seu tratamento. A questão que essa internação nos colocava era a de como conduzir as manobras na relação transferencial de forma que Ana Julia pudesse aceitar ser cuidada, sem que isso desencadeasse nela a sensação de estar sendo invadida pela presença do outro.

Recorreremos ao atendimento de outro adolescente para problematizar de que forma esse elementos fundantes da teoria e da prática psicanalítica, o significante, a linguagem e a fala, também se colocam como as referências para o sujeito na psicose, ainda que se articulem de uma outra forma e num outro tempo, o que não é sem conseqüências para a constituição do sujeito. Considerando que a adolescência é o momento em que o sujeito está sendo convidado a se posicionar em nome próprio na assunção e responsabilização pelos caminhos de sua vida, veremos como, nessa situação clínica, os primeiros passos do que poderia ser a entrada na adolescência se deram pela construção inaugural da história de sua origem, que, até o momento dessa internação, nunca havia estado lá.

4.2.2.3 A construção de um ponto de origem

José era um menino de 12 anos quando chegou para internação no SIAC, após um grave episódio de agressão à mãe. Fazia tratamento no CAPSi Monteiro Lobato³⁸ desde os 6 anos de idade. Na sua chegada, o fato de ser tão novo já chamava a atenção dos profissionais daquele serviço. Não era comum, naquele tempo inicial de funcionamento da rede, crianças pequenas chegando para tratamento nos serviços de saúde mental. Em seus primeiros relatos, a mãe, Margarete, contava como, apesar de tão novo, José já havia sido impedido de continuar freqüentando duas escolas do município no qual residiam. Falava de sua agressividade, da impossibilidade de permanecer em grupo, sempre se colocando de maneira muito dispersa e sem interesse pelo que estava sendo trabalhado.

Margarete contava que, em casa, brincava sozinho, pois ela não autorizava seu contato com a vizinhança. Passava muito tempo brincando no quintal, em geral fazendo cruces com todo o tipo de materiais, como barbantes, canudos, madeira, para, em seguida, fincá-las na grama. Determinado dia, a mãe descobriu que José também vinha enterrando brinquedos e bichos mortos na grama. Esse seu interesse por assuntos relacionados à morte causava estranhamento aos profissionais que dele tratavam. Gostava de filmes de terror, de histórias de zumbi, e freqüentemente fazia menção a sua própria morte. Indagava: “Quando eu morrer o mundo vai acabar? Depois de morrer vou virar morto-vivo?”. Essa fixação pelo tema da morte nos sugeria o quão mortificado ele se encontrava nessa relação dual e exclusiva com sua mãe.

José tinha uma irmã 4 anos mais velha que ele, com quem não tinha contato há muitos anos. Seu pai havia decidido, desde os 2 anos de idade da menina, que seria criada pela avó paterna, por considerar que Margarete não tinha condições psicológicas para se responsabilizar por uma criança. Desde então, Margarete mantivera contatos esporádicos com a filha e com o ex-marido. Em um desses encontros pontuais, engravidou de José. Quando o filho nasceu, ela decidiu se mudar sem comunicar ao pai da criança sobre seu paradeiro, pois temia que ele viesse lhe tirar também esse filho. Ela contou que sempre pensava: “esse filho será só meu”. Assim, José não teve contato com o pai até os 5 anos. Foi apenas por decisão judicial que o pai passou a ter direito a vê-lo, o que deixou Margarete muito alterada. Por indicação da escola, buscou tratamento para seu filho. E revelou, nos primeiros contatos com

³⁸ Localizado em Niterói, município do estado do Rio de Janeiro

o CAPSi, sua esperança em conseguir um respaldo daquela instituição para provar como era uma mãe responsável e dedicada.

A intervenção que traremos, a seguir, aconteceu no contexto de sua primeira internação psiquiátrica, que levou um ano para ser viabilizada. A equipe do CAPSi, em especial o psiquiatra e a psicóloga que o acompanhavam, já haviam indicado a internação em função das constantes agressões físicas e verbais entre José e Margarete. Tratava-se de episódios nos quais ambos saíam fisicamente muito machucados. A mãe nunca aceitara a proposta da internação, apesar de ter recorrido algumas vezes à emergência do hospital, em situações em que não conseguira dar conta das tensões na relação com o filho. Ela relatava episódios em que ele a agredia no ônibus, por não querer acompanhá-la a determinado lugar, ou situações em que José pedira para desconhecidos na rua comprarem objetos que sua mãe não podia lhe dar.

A relação de dependência entre eles era de tal ordem que, até aquela idade de 12 anos, a mãe lhe dava banho, o alimentava, escovava seus dentes. O pai, apesar dos insistentes pedidos de José, continuava participando pouco da vida do filho, não apenas pelos obstáculos ainda impostos por Margarete, mas também pelas dificuldades que ele próprio demonstrava na condução de sua vida. Não trabalhava, passava os dias em casa, trancado no quarto. Era dependente financeiramente de sua mãe, que continuava cuidando da neta mais velha. Sua relação com Margarete era permeada por muita hostilidade, a ponto de não conseguirem estar juntos ou se cruzarem no espaço da enfermaria. Presenciamos episódios de discussão violenta, em que ambos se acusavam e se agrediam pela internação do filho.

Durante a internação, a presença da mãe era muito invasiva. Não aguentava ficar longe do filho e alegava que até aquele momento nunca tinha ficado um dia sequer longe dele. “Estamos sempre juntos”. Pedia para dormir na mesma cama que o filho, entrava no banheiro quando ele ia tomar banho, e reagia muito mal as intervenções da equipe de enfermagem, que tentava incidir criando pequenas brechas entre eles. Aos poucos, e pela construção de um laço de confiança com Margarete, fomos conseguindo regular a sua presença na enfermaria, introduzindo escansões temporais, momentos em que estimulávamos que ela pudesse se ausentar do hospital e cuidar de seus afazeres domésticos, de suas consultas médicas. Ela dizia estar negligenciando esses compromissos em função da internação do filho, o que também alegava como impeditivo para manter José internado. A posição firme do psiquiatra, que tomou pra si a responsabilidade em relação à definição do momento da alta hospitalar, teve como efeito que ela pudesse se submeter sem tantas querelas à condução do trabalho.

Por insistência de José, e depois de reiterados convites, o pai começou a se aproximar mais do trabalho que vínhamos conduzindo com seu filho na enfermaria. Determinado dia, durante um dos atendimentos com José, lhe falamos que havíamos marcado uma entrevista com seu pai, e que naquele dia ele viria nos falar da história de quando ele, José, era pequeno. Ao que o menino perguntou: “Será que posso participar dessa conversa? Eu também não conheço a minha história. Quero saber um pouco de cada vez, porque deve ser muita coisa. Já estou com 12 anos. Ia ser bom começar pelo começo, primeiro pela história do meu nome”.

E assim fizemos. Ao final de cada entrevista com o pai, nós chamávamos José e ele ia perguntando sobre sua vida. Quanto à história do nome, seu pai lhe disse que só soubera de seu nascimento dias depois, porque sua mãe havia sumido da casa onde morava. Contou para o filho que também não pôde registrá-lo no cartório, pois a mãe já o havia feito, deixando de fora o nome da família paterna. Revelou como havia levado muitos anos tentando regularizar na Justiça as visitas e a inclusão de seu nome de família no registro do filho. Em outro desses encontros José lhe perguntou: “Como foi que você gostou da minha mãe duas vezes? Na primeira vez que você gostou dela nasceu a minha irmã e depois na segunda vez, fui eu”.

O pai ficava muito embaraçado em como responder às perguntas, mas, sempre pedindo nossa presença nas conversas, ia atrapalhadamente tentando construir junto com o filho um começo para a história de vida dele, mas também algum fio que entrelaçasse a relação dos dois.

Durante essa internação, outro momento foi muito marcante. Uma das atividades das quais José mais gostava de participar era a oficinas com a terapeuta ocupacional. Gostava de recortar e colar, de jogar bingo e de brincar de escola. José dizia que sua relação com as letras e com os números era apenas uma brincadeira porque não sabia nem ler nem escrever. Durante um atendimento conosco, ele disse: “Estou com um problema. A Alice³⁹ descobriu meu segredo”. Ao que respondemos, com cara de espanto: “É mesmo? Mas o que você estava precisando esconder?”.

Contou-nos que, já havia algum tempo, descobrira que sabia ler. Que conhecia as letras pela escola, e que, um dia, percebera que estava conseguindo juntar e virar palavras. Perguntamos por que isso precisava ficar escondido. José nos respondeu que, toda vez que falava para a mãe que estava conseguindo ler, ela dizia que aquilo era bobagem, porque ele tinha saído da escola há alguns anos justamente porque não conseguia aprender a ler. E concluiu: “Acho que ela não quer que eu cresça. Ela pensa que ainda sou criança”.

³⁹ A terapeuta ocupacional da equipe.

Daí em diante, e aproveitando o que aparecia nas conversas com o pai, José começou a se dedicar, nas oficinas com a terapeuta ocupacional, a escrever o que ele batizou de “O diário da minha vida”. Tivemos notícias de que, quando retomou seu tratamento no CAPSi, após a alta da internação, José deu continuidade a esse trabalho de escrita com sua psicóloga.

A forma como essa internação terminou também foi muito curiosa. Na véspera de sua alta, José acordou com uma imensa espinha na ponta do nariz. Ele ficou horrorizado com aquela “bola branca que ele não tinha como esconder”. Na última entrevista com a mãe, antes da alta, ela nos disse: “Essa internação foi muito importante para o meu filho. Acho que ele precisava de um espaço longe de mim para crescer. Você viu a espinha que apareceu no nariz dele? Aqui ele virou um adolescente!”.

Pudemos ver, no relato desse fragmento clínico, que não era apenas a maneira como a mãe de José se relacionava com a pessoa do pai dele o que colocava problemas. O que acontecia de mais grave era a falta de lugar que dava à palavra dele enquanto autoridade paterna. O fato de não dar nenhuma importância ao lugar que o Nome- do- Pai poderia ocupar e à função que podia exercer se revelou quando lhe escondeu o filho, quando impediu o pai de lhe dar seu nome de família, excluindo o filho da linhagem paterna.

O que se destacou, nesse breve período em que acompanhamos José, foi como, a partir da palavra do pai, o paciente pode começar a construir a história de sua vida. Uma história que ele dizia desconhecer, talvez porque, para existir de fato, ela dependesse de uma fala endereçada a alguns que puderam escutá-lo. A partir da retomada dos elementos de sua origem, que lhe foram transmitidos agora com a marca da linhagem paterna, José passou a experimentar algum enlaçamento entre eles. Ao experimentar a função que seu pai podia representar, colocando algum limite entre ele e a mãe, José começou a pedir para passar mais tempo com seu pai. Propôs alternar seus finais de semana entre a casa do pai e da mãe, convidou o pai para que o levasse no tratamento do Capsi, enfim, o convocou a estar mais presente em sua vida.

Lacan (1999 [1957-1958]) nos advertiu de que a violência aparece quando a palavra perde o valor. Na situação de José, esse fenômeno era marcante. A falta de uma intervenção paterna que pudesse intervir na relação mãe-filho, barrando-os nessa relação “sempre juntos”, era o que fomentava a violência física como a linguagem que se habituaram a usar para se relacionar.

4.2.3 A transferência e a psicose

No que diz respeito à transferência no trabalho analítico com pacientes psicóticos, Freud não tinha nem muitas esperanças, nem muito investimento. Para ele, esses pacientes não teriam capacidade para a transferência, ou apenas possuiriam traços insuficientes da mesma. Eles rejeitariam o médico, não com hostilidade, mas com indiferença. Por esse motivo, tampouco poderiam ser influenciados pelo médico. Por não conseguirem estabelecer um vínculo de transferência com o analista, seriam inacessíveis às intervenções da psicanálise (FREUD, 1917, p.520-521). Ao se interrogar sobre o porquê dos esforços terapêuticos não terem êxito nas neuroses narcísicas⁴⁰, Freud aponta que “esses pacientes paranoicos, melancólicos, sofredores de demência precoce permanecem de um modo geral, intocados e impenetráveis ao tratamento psicanalítico. Qual seria a razão? Não é falta de inteligência” (idem, p.511).

A posição de Lacan é diferente quanto ao trabalho analítico com a psicose. Como podemos testemunhar por sua tese de doutorado, apresentada em 1932, *Da psicose paranoica em suas relações com a personalidade*, o interesse pela psicose foi sua porta de entrada no campo psicanalítico.

Se, para Freud, as neuroses narcísicas não permitiriam o trabalho analítico pela precariedade da relação transferencial, muitos psiquiatras e psicanalistas, como Lacan, vieram sustentando uma prática analítica com psicóticos. Trabalharemos a partir das formulações de Lacan, em especial o *Seminário As Psicoses* (1955-56/1958), o artigo *Por uma Questão preliminar a todo o tratamento possível da psicose* (1998), além de privilegiarmos também o trabalho de teóricos e clínicos contemporâneos, como Czermak (2012), Sciara (2011), Tyszler (1999), e Melman (2006).

Para esses autores, que não recuaram diante dos desafios colocados pela clínica da psicose, é a intensidade mesma da transferência o que muitas vezes inviabiliza o trabalho: “os psicóticos resistem mal à transferência” porque são muito abertos a ela. Como dito anteriormente, eles não tem a barreira do recalque, nem o vel da fantasia, para dela se protegerem (CZERMAK, 2012, p.193), recurso com que os neuróticos podem contar. Ou seja, em vez de não estabelecer um laço transferencial, o tipo de vínculo que um paciente psicótico estabelece com os técnicos que cuidam dele e também com os serviços que o acolhem, é

⁴⁰ As neuroses narcísicas são uma terminologia utilizada por Freud em oposição às neuroses de transferência. Essa oposição diz tanto da dificuldade ou impossibilidade da transferência libidinal como da retração da libido sobre o Eu. Inicialmente, ele equiva neuroses narcísicas às psicoses, mas posteriormente reserva este termo apenas para as manifestações psicóticas de caráter melancólico.

sempre muito intenso, seja nas manifestações amorosas ou nos atos hostis e, em geral, é um laço a longo prazo.

Na psicose, pelo fato de sujeito e objeto se equivalerem, não há na relação com o outro uma disparidade subjetiva, mas sim uma paridade. Assim, o amor ou o ódio do psicótico não são metáfora; a transferência amistosa ou hostil é vivida como real. Precisamente porque o psicótico está numa posição de paridade com o outro, ou seja, a dimensão do Outro é excluída, a disparidade só pode aparecer no real, nas mais variadas manifestações da psicose (alucinação, delírio)⁴¹.

Como diz Sciara: “Não se trata de negar a transferência psicótica, mas justamente de se interrogar sobre o que é praticável com um paciente, e levar em conta a prudência a adotar quanto ao que é praticável” (2014, p.01). Sciara destaca ainda que “é da responsabilidade da psicanálise lembrar e transmitir que não há clínica senão da transferência, que os psicóticos não escapam à regra” (idem). Considerando que a clínica psicanalítica repousa na palavra, ressalta que se estamos no campo analítico não há outra possibilidade a não ser dar crédito a sua palavra e às modalidades de inscrição da transferência psicótica.

Se, para um adolescente com uma estrutura subjetiva constituída sem maiores obstáculos, esse tempo da vida já é sempre de turbulências - barulhentas ou silenciosas - o que acontece com alguns jovens é que as convocações características desse período podem acabar sendo experimentados como injunções impossíveis de serem respondidas e se revelarem como o fator desencadeador da psicose. Foi o que ocorreu com Helena.

4.2.3.1 Helena: a imagem do corpo e a falta de véu

Helena, 16 anos, chegou para sua primeira internação após um episódio grave de agressividade contra uma amiga. As duas se envolveram numa briga física após a amiga ter postado na internet fotos em que a paciente aparecia nua. Depois dessa briga, Helena passou alguns dias bastante desorganizada, segundo seus familiares, só querendo ficar sem roupa dentro de casa, ou despindo-se na rua, e na escola. Dizia que, como todo mundo já a tinha visto nua pela internet, não fazia mais diferença estar ou não vestida. Na enfermaria, quando uma das técnicas de enfermagem foi ajudá-la a se deslocar até o banheiro, porque estava muito sonolenta, ela a atacou violentamente. Retomamos essa situação na supervisão a partir

⁴¹ Os fenômenos de falso reconhecimento nos indicam o quão intensa é a relação do psicótico com seu objeto. Como acontece, por exemplo, na Síndrome de Frégoli, quando um sujeito vê uma pessoa familiar encarnada em todas as outras, numa série infinita.

da fala da técnica, que se disse muito ofendida, sentindo inclusive uma impossibilidade em voltar a se aproximar de Helena.

Pudemos abordar, na discussão em equipe, como, num trabalho que leva em conta o laço transferencial, esse lugar de endereçamento precisa ser ocupado, precisa ser encarnado, mas não pessoalizado. Que aquela agressão física e verbal que a técnica teria sofrido por parte de Helena expressava a história da própria paciente. Valorizamos a possibilidade que a técnica de enfermagem teve de falar da dificuldade em receber esse endereçamento violento à sua pessoa, dificuldade que se colocava também para outros integrantes da equipe, pois isso permitiu que tivéssemos acesso a questões subjetivas experimentadas por Helena, que ainda não tinham aparecido.

Podemos, por outro lado, citar o que Helena conseguiu dizer sobre o ocorrido com a técnica de enfermagem em seu atendimento com a psicóloga. A paciente revelou ter sido estuprada, quando criança, por dois primos, situação que, até aquele momento, ainda não tinha sido verbalizada com sua família, nem com qualquer outra pessoa. E achou que foi por isso que recebeu a tentativa da técnica de enfermagem em ajudá-la no banho como uma violência, como se estivesse sendo constrangida novamente a fazer com seu corpo algo que não queria.

Nossa responsabilidade clínica é, especialmente na psicose, como sustentar esse lugar de endereçamento, preservando a dimensão de alteridade, sem obturar o lugar do Outro. Com pacientes nesse quadro, torna-se ainda mais delicado quando o analista, ou aquele que trata do psicótico, “vem a encarnar brutalmente” o lugar do Outro, como não barrado, por exemplo, a partir da sustentação de um saber totalizante, ou a partir de uma posição arbitrária. Essa falta de distância entre o sujeito e o outro, instaurada pela exclusão da dimensão do Outro, pode disparar uma dimensão paranoica, o que inviabilizaria o trabalho de endereçamento da palavra.

Czermak afirma que “os psicóticos resistem mal à transferência” (2012, p.193). Do nosso lado, ou seja, daqueles que se dispõem a recebê-los em tratamento, diante dessas manifestações sem contorno, de atos disruptivos, pode ocorrer que sejamos nós a resistir ao que eles nos endereçam. E às vezes resistimos bem demais à transferência com os psicóticos, porque temos dificuldade em suportar a intensidade transferencial que eles nos direcionam. Seja quando o endereçamento vem na ordem de uma demanda de presença constante, ou quando vem como destituição, ou enfrentamento, é difícil podermos receber esse tipo de manifestação como um laço transferencial. Não é incomum nos sentirmos pessoalmente

atingidos e esquecermos que estamos ocupando um lugar de endereçamento, que somos destinatários de uma mensagem a ser lida e decifrada.

As dificuldades experimentadas na relação transferencial com pacientes psicóticos iluminam alguns aspectos das dificuldades que também encontramos na clínica com os adolescentes que recebíamos na enfermaria. Também resistimos muito bem ao tipo de transferência que eles nos endereçavam. Uma das hipóteses para nossos impasses no tratamento é que essa posição questionadora, desafiadora, crítica, destitutiva, na qual se apresentam, nos interroga e nos coloca à prova, permanentemente, sobre o desejo de tratá-los.

Freud (1912) não nos poupou de reconhecer que também a transferência pode servir a resistência, em especial quando esta se torna intensa demais, seja pelo estabelecimento de um laço afetivo ou de um laço negativo (idem, p.139). Lacan, por sua vez, insiste em problematizar sobre de que lado repousa a resistência: “na perspectiva que acabo de abrir-lhes, são vocês que provocam a resistência. A resistência, no sentido que vocês entendem, a saber uma resistência que resiste, só resiste porque vocês a pressionam. Não há resistência por parte do sujeito” (1985 [1954-1955], p.286).

Passaremos, agora, a analisar de que forma a transferência se atualizava no laço pela palavra com os adolescentes na enfermaria e como esse enlaçamento promovia um efeito de contorno simbólico para eles.

4.3 A TRANSFERÊNCIA COMO INSTITUIÇÃO

Considerando que a transferência é a condição para um trabalho marcado pela psicanálise, sua instituição depende do estabelecimento do campo no qual a palavra é endereçada e pode ser recebida. Esse endereçamento estabelece lugares diferenciados, mas completamente articulados: um fala, e outro escuta. E marca posições diferentes: um demanda cuidados, e outro conduz o tratamento. Ou seja, o próprio funcionamento do tratamento institui-se, através desse processo de remetimento da fala a alguém que pode acolhê-la. Nossa direção é a de que a instituição da transferência é o que permite que um trabalho clínico aconteça e o que, no limite, faz operar o próprio dispositivo institucional. E, por essa razão, concordamos com Marcel Czermak, quando formula que “a primeira de nossas instituições é a transferência” (2012, p.41).

O tempo da adolescência é uma convocação a responder e a se posicionar frente a novas exigências que vieram pelas transformações em curso na puberdade. Os jovens que recebíamos para internação na enfermaria, além da situação-limite que os fez chegar até nós,

traziam como pano de fundo toda a crise própria a esse tempo: as demandas familiares, o encontro com o sexual, as exigências sociais, o apelo às drogas. E, no convívio com eles, testemunhávamos suas diferentes formas de responder a toda essa convocação: atos impulsivos, posição defensiva, atitude desafiadora, depressão. E, quando tudo isso estava também atravessado pela psicose, as manobras na transferência ficavam um pouco mais complicadas.

Em referência a questão da transferência no tratamento das psicoses, no final do texto *De uma Questão preliminar a todo tratamento possível da psicose* (1957), Lacan deixa indicada “a concepção a ser formada da *manobra*, nesse tratamento, da transferência” (idem, p.590, grifo meu). Ao tomar emprestado o termo “manobra” do psiquiatra De Clérambault, Lacan indicava a importância em conhecer as condições, as modalidades e as especificidades do tratamento psicanalítico com as psicoses, a fim de estarmos mais avisados/advertidos quanto a necessidade de colocar as mãos à obra – operar a manobra - no que diz respeito à questão da transferência. Fica implícita a ideia de que o clínico possa considerar a importância em operar com prudência a partir do lugar que ocupa na transferência na psicose, a fim de não provocar um surto, ou o próprio desencadeamento da psicose.

Analisaremos, a seguir, o fragmento clínico de um paciente já adulto, destacando o encaminhamento que pode dar para sua vida, através dos laços tecidos com o hospital e com aqueles que dele trataram. A possibilidade do atravessamento de uma adolescência muito conturbada pelas crises psicóticas e pela deriva no laço social foi sendo conquistada pelo endereçamento de sua palavra a alguns profissionais que o acolheram no HPJ. Veremos como, através da invenção de uma atividade remunerada, e que tocava diretamente a relação com suas vivências corporais e com sua dificuldade de enlaçamento com outros, foi possível, para o paciente, estabilizar sua psicose.

4.3.1 O contorno institucional e a regulação pulsional

Denis tinha 50 anos quando iniciou seu acompanhamento conosco no ambulatório do HPJ. Orgulhava-se em dizer que há mais de 20 anos não ficava internado nem fazia uso de medicação psiquiátrica. Após muitos anos acompanhando pacientes psicóticos, diríamos que ele é um psicótico estabilizado, que encontrou um ponto fixo, uma ancoragem que não apenas estabilizou seu quadro clínico, como lhe deu um lugar no laço social. Uma das questões que esse atendimento nos colocava era: o que favoreceu sua estabilização?

Denis nos contou que perambulava pela rua desde os 8 anos. Ouvia uma voz que o chamava para ver as estrelas, e, depois de andar muito, ficava perdido e não conseguia voltar para casa. Quando tinha 18 anos, seu pai morreu e sua mãe não aceitou que ele continuasse a morar com ela. Ficava entre a rua e a casa de alguns familiares, e, com frequência, acabava internado por sair andando sem rumo, por “crises de nervoso” que culminavam em manifestações de agressividade em relação aos outros, ou em episódios em que engolia coisas: moedas, chaves, colheres, pilha, tesoura. Precisou ser operado 6 vezes para retirar coisas da barriga.

Tais episódios marcaram muito sua história. Dizia não saber por que fazia isso: “*Não tem explicação. Acontecia de comer essas coisas. Eu não escolhia uma coisa pra comer. Engolia o que aparecia. Podia ser qualquer coisa que eu via, ou que encontrava no chão*”. Após várias internações e sem ter para onde ir, passou a morar no albergue do hospital psiquiátrico onde se tratava. Começou a se inserir nas atividades oferecidas, de onde surgiu a idéia de desenvolver uma atividade remunerada, que deu novo rumo para sua vida.

Certo dia, logo após assumirmos a função de coordenadora do ambulatório do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, Denis nos procurou para conversar. Contou que, quando começou a morar no albergue, sua cabeça era oca, e que precisava fazer alguma coisa para enchê-la, porque, se não, os pensamentos ruins o invadiam. Falou que “*no começo vendia cigarro num tabuleiro. Depois que ganhei um carrinho comecei a vender muitas outras coisas*”. Perguntamos como surgiu a idéia de vender balas e biscoitos. Respondeu que, quando pensou em fazer algo para preencher sua cabeça, também se preocupou em ganhar algum dinheiro: “foi daí que veio a idéia de vender coisas que as pessoas gostam de comer”.

Nas conversas conosco, que passaram a ser semanais, pediu ajuda para aprender a ler e fazer contas de subtração, atividades que não dominava, apesar de conhecer as letras e os números, e esse limite o atrapalhava na hora das vendas. Começou a fazer aulas num de projeto de alfabetização que acontecia no hospital-dia do HPJ. Mas, após poucos encontros nos revelou que era muita informação e que estava demais para sua cabeça.

No *Seminário da Angústia*, Lacan (1962-1963) menciona um ponto fixo necessário para organizar o funcionamento pulsional. Melman (2006), em seu *Retorno a Schreber*, aborda esta noção de ponto fixo como eixo a partir do qual o sujeito neurótico se organiza na vida. O ponto fixo se organiza a partir da relação do sujeito com a linguagem, e, por isso, tem incidências diferentes na neurose e na psicose. Em se tratando de um sujeito neurótico, seria a partir da operação da *Beajung*, da alienação primordial ao significante, que este ponto de ancoragem subjetiva se estabeleceria. Nesse quadro clínico, o trabalho numa análise seria o de

permitir ao sujeito prescindir desse ponto fixo, ou ao menos se deslocar um pouco dele. Para que esse deslocamento acontecesse sem gerar uma desorganização radical, como num surto psicótico, a operação do recalque precisaria ter sido instituída.

Na constituição de um sujeito psicótico, esse ponto fixo não está lá. O trabalho com a psicose será o de construí-lo. O sujeito precisará tecê-lo e alinhavá-lo ao longo da vida, já como uma suplência por não ter estado lá de partida⁴².

O que poderia operar como ponto fixo, para nossos pacientes psicóticos, e para os adolescentes em crise, já que, também para estes últimos, as ancoragens simbólicas estão afrouxadas nestes momentos de crise? Se esse ponto de ancoragem, para um sujeito psicótico e para o adolescente, não está lá de partida ou contingencialmente, respectivamente, nossa aposta é que o trabalho com a palavra possa favorecer sua tessitura, permitindo que funcionem mais enlaçados na vida.

Assim como o hospital teve uma função de contorno para Denis, um lugar onde podia ficar, a atividade de *vender o que os outros gostam de comer* também produziu o efeito desse ponto fixo, de uma regulagem, ainda que tardiamente, de seu circuito pulsional. Além de ter um lugar para onde pudesse voltar, após circular pela cidade, conseguiu desenvolver uma atividade que o colocava num circuito de troca com o outro, que lhe dava inclusive sustento financeiro, ou seja, o colocava num certo laço social.

Atendendo Denis, testemunhamos a questão de que o corpo não é algo que se organize e que se ponha em funcionamento naturalmente. Ele relatava como sua boca não servia apenas para comer. Na sua experiência de um corpo sem bordas, esse orifício/boca engolia coisas aleatórias sem nenhuma finalidade de satisfação da fome. Comia o que via: chaves, moedas, grampos de cabelo... Também falava de uma cabeça oca, que precisava ser preenchida. Parece que esses dois acontecimentos - a possibilidade do hospital lhe oferecer um lugar de pouso, e a atividade de vendas das guloseimas, como experimentação de uma relação mais pacificada na relação com o outro - tiveram efeito de regulagem do circuito pulsional e conseqüentemente, de estabilização para Denis.

Se, na transferência com a psicose, o endereçamento sua relação com o Outro não é orientado por um Sujeito Suposto Saber, ele não está aí inexistente. O psicótico, diferente do que vemos acontecer com o neurótico, não supõe saber no analista porque para ele o Outro sabe. O analista, ao ocupar o lugar do Outro, se depara com o fato de que na transferência

⁴² No caso do Presidente Schreber, Melman (2006) identifica que o ponto fixo que lhe permitiu repousar um pouco foi a construção do seu delírio. Ao se reconhecer como a “mulher de Deus”, que teria como missão gerar a nova raça humana, conseguiu a estabilização de seu quadro paranoico.

psicótica não há recalque, nenhuma barra; o saber não é furado (SCIARA, 2005). Portanto, se, no trabalho com as psicoses, não há a referência ao Sujeito Suposto Saber, ou seja, a referência a um saber suposto, o analista, ou aquele que recebe o endereçamento da palavra, corre o risco de ser tomado por alguém que detém o saber absoluto. É por essa razão que devemos estar advertidos a operar com prudência.

A questão é saber como se apresenta, na transferência com a psicose, a dupla dimensão do Outro, como o campo da linguagem, e também como o lugar de alteridade. Esta, no entanto, não é marcada pela castração. A psicose experimenta diferentes formas de alteridade, dependendo de como se estabeleceu sua relação com o Outro. Por exemplo, o erotômano faz “Um” com o outro/objeto e por isso aniquila a existência do Outro; na Paranoia, o Outro é consistente demais porque não há disparidade de lugares. E o que vemos aí, então, é que o Outro pode virar um perseguidor.

Com a psicose, o analista precisará ter prudência nas manobras da transferência e estar advertido de que talvez só possa operar do lugar de um outro/semelhante, num tipo de compartilhamento do questionamento do paciente, em relação à sua doença ou a alguma questão que o incomode para, quem sabe, ao aceitar colocar as mãos no trabalho transferencial, poder presentificar alguma dimensão de alteridade, que consiga atenuar um pouco as certezas delirantes, ou as vivências paranoicas.

Se, como vimos, o lugar mais interessante para o analista na relação transferencial com o adolescente seria o de um adulto disposto a ouvir o que ele teria a dizer, no trabalho com a psicose o analista poderia se oferecer como um semelhante que escuta, mas que também acolhe as particularidades de sua condição na relação com a linguagem, com o laço social, com o corpo. Ao ocupar o lugar do Outro sem obturá-lo por um dizer totalizante ou por uma presença maciça, o fundamental seria a possibilidade de que a palavra de quem acolhe o psicótico servisse de baliza para lhes dar alguma ancoragem, sempre advertidos do risco em provocar uma desagregação. A manobra é complicada, pois é preciso tomar cuidado para manter a incompletude do Outro. O analista não pode se deixar capturar no lugar do Outro absoluto, já que fazer Um com o Outro, nessa idéia de harmonia e completude (MELMAN, 2006, p.223) pode vir a desencadear uma psicose por manejo imprudente (LACAN, 1988 [1955-1956], p.24) ou inviabilizar o vínculo transferencial quando a psicose já se revelou.

4.4 A TRANSFERÊNCIA E O INSTITUCIONAL

Quando o trabalho analítico acontece num serviço de saúde mental, como analisado nessa pesquisa, a transferência pode passar por uma *decomposição espectral* de lugares, para evocar uma expressão utilizada por Czermak (2012, p.197) ao falar da transferência na psicose. Ou seja, como o endereçamento transferencial se estabelece com vários profissionais, ele precisará ser cuidado em relação a todos os enlaçamentos que suscitar: na relação com cada membro da equipe, na relação com o dispositivo da enfermaria, na relação com o hospital, e também com os responsáveis pelos adolescentes internados. No entanto, se estamos referidos à psicanálise, isso não nos distancia da aposta no endereçamento da palavra, a partir do vínculo transferencial. Ao contrário, só complexifica nosso trabalho. O fato de que o psicótico possa contar com diferentes possibilidades de endereçamento num serviço de acolhimento favorece o enlaçamento transferencial, já que a intensidade do vínculo psicótico, quando direcionado a apenas um profissional, pode ser insuportável para o paciente, e às vezes também para aquele que o recebe, acolhe e escuta.

Como exposto ao longo dessa tese, para alguns adolescentes, fossem eles psicóticos ou não, a passagem pela enfermaria foi uma primeira experiência institucional. Muitos não podiam contar com uma estrutura familiar organizada, outros sequer frequentavam a escola, e, quando o faziam, era de maneira assistemática. Observávamos, no contato com os adolescentes e as famílias que recebíamos como para eles faltavam, com frequência, balizas mínimas para orientá-los na organização da vida cotidiana.

Como nos disse Gilson, um adolescente de 12 anos: “Nunca tive horário para dormir nem acordar. Só levantava da cama quando sentia cheiro de comida”. O funcionamento da enfermaria introduzia, para os pacientes e seus familiares, algum tipo de regulação. Essa regulação se colocava em relação a uma rotina definida, que estabelecia uma organização sobre o horário de acordar, de tomar banho, ir para as oficinas, comparecer aos atendimentos, mas também definia e instituía lugares e funções diferenciados: a coordenadora organizava o serviço e a equipe; o psiquiatra cuidava da medicação; a terapeuta ocupacional se encarregava das oficinas; os psicólogos os recebiam para conversar.

Esse funcionamento regulado, a partir de lugares instituídos, introduzia, para os envolvidos, referências a partir das quais podiam se organizar. Foi o que nos disse uma mãe, para quem organizar a rotina cotidiana com o filho era uma tarefa árdua, na medida em que tinha outros dois filhos com idades muito diferentes: “Aqui as coisas funcionam e acontecem todo dia, na hora certa. Não sei como vamos conseguir manter isso quando ele (seu filho) for

pra casa”. Em nosso entendimento, sua fala tratava menos do cumprimento dos horários e da rotina estabelecida e mais de um funcionamento regulado, a partir da referência ao simbólico.

Neste último capítulo da tese, quisemos demonstrar que a possibilidade da instauração da transferência com os adolescentes, psicóticos ou não, instância fundamental para qualquer trabalho de endereçamento da palavra, depende também da posição do analista ou de quem está na posição de escuta. Sua maneira de escutar, seu estilo de intervir, sua relação com a incompletude do Outro pode favorecer a construção desse laço pela palavra. E, se o enlaçamento tiver sido possível, é preciso acompanhar o trabalho deles com a palavra, a fim de observar a possibilidade de novas amarrações, que favoreçam a construção de outras possibilidades de relação com o campo do Outro, por exemplo, através de recursos que possam servir como mediação na relação com os outros, como um ofício, as artes, a música, o amor, que virão fazer a função de enlaçamento como um dos Nomes-do-Pai.

Chegado o momento de concluir a tese, em vez de um fechamento para nossas questões, proporemos deixá-las referidas a uma abertura em relação ao que poderia ser a questão da invariância da função paterna, proposta por Sciara (2016). Se não é mais a imago social do pai, em declínio no mundo contemporâneo, o que faz função do Nome-do-Pai, o que poderá operar como enodamento dos três registros nos dias de hoje?

4.5 A INVARIÂNCIA DA FUNÇÃO PATERNA E AS NOVAS POSSIBILIDADES DE ENLAÇAMENTO

O que quer dizer Lacan quando, ao longo de sua obra, faz a passagem do Nome-do-Pai aos Nomes-do-Pai? Tyszler (2017) responde a essa questão dizendo que esse movimento do significante Nome-do-Pai aos Nomes-do-Pai, no plural, aponta para a invariância da função paterna. Ou seja, que, ainda que o pai, como representante da função paterna, não seja mais a principal instância do simbólico nos dias de hoje, a função de ordenador simbólico que costumava operar poderá ser agenciada por outras referências, que fariam as vezes de outros Nomes-do-Pai.

Vários autores, como Sciara (2016), Pitavy (2017), e Tyszler(2017),entre outros, investigam o fato de que, hoje em dia, ainda que, a imago social do pai esteja em declínio, a função paterna continua a operar a partir de outras instâncias. Na atualidade, é comum vermos famílias organizadas sem a presença do pai, e às vezes mesmo sem a presença de um homem adulto. Os efeitos dessa transformação dos valores do mundo pós-moderno na constituição subjetiva e na organização social vem sendo muito estudados (LEBRUN, 2008; SCIARA,

2012; BEMFICA, 2017). A questão da invariância da função paterna diria do “princípio de invariância” que sustenta as condições estruturais que regem as leis da linguagem, porque essas leis são perenes, independentes das mutações sociais, culturais (SCIARA, 2016).

A ausência da referência à figura paterna no mundo contemporâneo, instância que representaria a autoridade, não é sem consequências para os adolescentes, em especial com os meninos, pois estes buscam referências identificatórias para entrar no mundo dos homens. Se não a encontram em casa, no âmbito de sua família nuclear, nem tampouco no entorno de sua família estendida, procurarão na rua. Por isso os adolescentes são alvos fáceis para organizações como a do tráfico ou os grupos fundamentalistas⁴³.

Como abordamos no capítulo 2, Lacan (1957), no seu texto sobre a questão preliminar ao tratamento das psicoses, apresenta a operação da forclusão do Nome-do-Pai como patognomônico de toda psicose (SCIARA, 2011). O Nome-do-Pai seria, naquele momento, a instância principal do Simbólico. Podemos ver, no entanto, as incidências das transformações da teoria lacaniana no trabalho com as psicoses:

Anos mais tarde, nos seminários em que ele recorre à topologia dos nós, ele [Lacan] nos convida, com os nomes do pai do nó borremeano a três, a revisitar o Nome do pai em sua triplicidade. O que engendra uma concepção, menos sobredeterminada pelos efeitos deficitários do fracasso simbólico.(...) Mas sobretudo com o nó a quatro, Lacan introduz, entre outras, às questões de suplências na psicose e muito particularmente a cada tipo de psicose, enodamentos que traduzem a dinâmica da transferência que lhes é própria. (...) A noção de suplência relança oportunamente o que Lacan já tinha nomeado em sua tese de 1932 como “as potencialidades de criação positiva”, justamente na experiência da transferência com um “sujeito” psicótico singular (SCIARA, 2011, p.5)⁴⁴.

No final de seu ensino, Lacan anuncia que os verdadeiros Nomes-do-Pai são o Imaginário, o Simbólico e o Real, e indica que há várias funções-Pai: real, simbólica e imaginária (SCIARA, 2005).

Ao longo de sua obra, ao articular Real, Simbólico e Imaginário como os três registros da realidade humana, Lacan diz que é a própria noção de estrutura o que nos impõe a distinção entre os diferentes níveis da experiência: imaginária, simbólica e real. A complexidade da estrutura se deve à articulação entre esses três registros.

Em 1953, em discurso pronunciado na Société Française de Psychanalyse, Lacan, marca a importância clínica dos três registros que constituem a realidade humana,

⁴³Tivemos a oportunidade de assistir a uma palestra que demonstrava como grupos terroristas lançam mão da estética de personagem dos jogos de computadores para seduzir os adolescentes a frequentarem suas redessociais. (Em referência à fala de Martine Lerude, no Seminário de Inverno da Association Lacanienne Internationale, Paris, Janeiro, 2017).

⁴⁴No presente trabalho, não tivemos a intenção de trabalhar a variedade das modalidades de transferência conforme o tipo de psicose, mas indicar os efeitos da transferência possível “entre” alguém interessado em escutar a psicose, e um paciente psicótico que se deixa escutar por algum profissional.

sublinhando que são ordens independentes e heterogêneas. O simbólico seria o registro que introduz “a mediação de um terceiro personagem que realize, em relação ao sujeito, o elemento transcendente graças ao qual sua relação com o objeto possa ser mantida a uma certa distância” (LACAN, 1953, p.33). Assinala que, “quando se trata do simbólico, isso diz respeito àquilo no qual o sujeito se compromete na relação propriamente humana” (idem, p.34). O imaginário seria o registro que permite que sua “orientação a partir de imagens, e seu próprio valor de imagem para um outro sujeito, o torna suscetível de deslocamento fora do ciclo que assegura a satisfação de uma necessidade natural” (LACAN, 1953, p.20); e o real, o que “escapa essencialmente a qualquer aparência e à predicação” (LACAN, 1953b, p.45). É o instante esvanecido, o choque com alguma coisa que nos atravessa sem qualquer mediação simbólica pela linguagem.

Ao longo de seu ensino, Lacan também distingue o que seriam as várias funções Pai: o pai simbólico seria aquele que traz a referência a um terceiro, “a uma necessidade de construção simbólica”, ou seja, o garantidor da lei universal (1956-1957, p.225); o pai imaginário seria “aquele com que lidamos o tempo todo... é a ele que se refere toda a dialética, a da agressividade, a da identificação, a da idealização” (idem, p.225); e o pai real, “uma coisa completamente diferente, do qual a criança só teve uma apreensão muito difícil, devido à interposição de fantasias e à necessidade da relação simbólica” (1956-1957, p.225)⁴⁵.

No momento de concluir o trabalho, no qual não será possível aprofundar esse encaminhamento indicado acima, interessa-nos sublinhar que o enodamento dos três registros é o que permite a constituição de um sujeito. No Seminário RSI (1974-1975), Lacan apresenta o esquema do nó borromeano como sendo o quarto nó que faz a amarração dos três registros RSI. Lacan nomeia este quarto nó como sintoma (1975-1975), e cria o termo *sinthome* para designá-lo. Em Joyce, por exemplo, este quarto nó foi sua escrita, que lhe forneceu uma amarração substituta. O que Lacan propõe, portanto, é que o sujeito aparece como efeito do enodamento dos três registros. E, dependendo da forma como esses registros se enodam, o efeito de sujeito que se produz é completamente diferente⁴⁶.

Segundo Melman (2003, p.49), na tentativa de re-escrever o nó borromeano, Lacan trabalhava na “possibilidade de manter a consistência do Real, do Simbólico e do Imaginário,

⁴⁵Para uma análise das diferentes funções do pai, conferir Ribeiro (2006).

⁴⁶Não exploraremos as diversas formas de enodamento possíveis dos três registros. Queremos destacar apenas que, apesar da noção de estruturas clínicas – neurose, psicose, perversão - se manter até o final do ensino e da obra de Lacan, ele não deixa de indicar que as apresentações de cada uma delas podem ser bem diferentes em função das várias formas de amarrações possíveis dos três registros.

sem precisar da referência paterna”. Ou seja, propõe pensar o nó borromeano com três nós, sem recorrer ao Nome-do-Pai como o quarto nó articulador.

Se a operação Nome-do-Pai é o que liga um nome (próprio), uma imagem (reconhecida no espelho) e um objeto (de desejo), o que pode vir a fazer a função de amarração simbólica hoje? Tyszler (2017) considera que, na ausência da referência ao Nome-do-Pai, o desafio seria o de fazer dessa falha uma suplência e, para isso, aposta em tecer novos Nomes-do-Pai que possam fazer a função de eixo simbólico e favorecer experiências de subjetivação. Cita o trabalho com crianças que imigraram para a França em função do exílio imposto, pelas guerras, por questões religiosas... Crianças que viveram situações dramáticas, como a falta de notícias de um pai encarcerado, a ameaça da mãe pelo clã, o aprisionamento no rigor das imposições religiosas, e que, através do enlaçamento transferencial, recuperaram-se muito mais rápido do que os adultos que as acompanhavam. O trabalho com elas se dá pelo interesse em seu país de origem, pelo convite à escrita e ao desenho de imagens de sua terra natal, pelo cantarolar de músicas na língua materna. Esse fazer bordas naquilo que antes era não-simbolizável corresponderia ao tecer o Nome-do-Pai.

Se a pluralidade dos quadros clínicos da psicose engendra transferências diferentes e requer manobras particulares para cada uma delas, também o trabalho de cada psicótico, no que diz respeito à produção de suplências, e a construção de pontos fixos, será diferenciado. Na literatura psicanalítica, podemos acompanhar alguns exemplos famosos, como o do Presidente Schreber e a construção de seu delírio em relação a se transformar na mulher de Deus, e o de James Joyce na singularidade de sua escrita.

Retomando a noção de ponto fixo, ela nos parece estar referida a algo que possa servir como essainvariante, que opere como a função simbólica antes representada pela figura paterna, ou seja, que venha encadear o sujeito ao Campo do Outro, a partir de sua relação com os pequenos outros de sua vida.

Em relação à aposta na clínica com os adolescentes em crise, o trabalho seria acompanhá-los no tecer de novos pontos de amarração, para que o sujeito – adolescente ou psicótico - possa se enlaçar numa cadeia de filiação, referida a uma sucessão de gerações, que consista, para ele, como uma história de vida, e por isso lhe dê um lugar no mundo.

CONCLUSÃO

É justamente essa assunção de sua história pelo sujeito, no que ela é constituída pela fala endereçada ao outro, que serve de fundamento ao novo método a que Freud deu o nome de psicanálise.

Jacques Lacan

Propusemos, nesta tese, uma análise do acolhimento aos adolescentes em crise; nela, alguns pontos se destacaram: a oferta de um trabalho com a palavra no momento da crise; a inclusão dos familiares durante a internação; a necessária articulação do trabalho da enfermaria com a rede ampliada de cuidados, ou seja, os dispositivos de tratamento, a escola, a assistência social, entre outros. Para além desses elementos, quisemos ressaltar que esta intervenção clínica pode ser feita no contexto de uma enfermaria psiquiátrica. A proposta da internação que oferecíamos não se colocava nem como segregação e nem como isolamento, tampouco tinha como função aliviar o adolescente e seus familiares das dificuldades que encontravam na vida. Em nossa experiência, a enfermaria pôde ser um lugar de pouso quando as exigências impostas pelo mundo, na época da adolescência, ficavam intensas demais.

Reconduzir a experiência psicanalítica à fala e à linguagem como a seus fundamentos, interessa, como Lacan sublinha, à técnica analítica. Na retomada que faz da proposta freudiana, reconhece a linguagem como campo constitutivo do sujeito, e a fala endereçada como a sua função fundadora na passagem pelo campo do Outro (LACAN, 1953, p.290). E, como tentamos demonstrar ao longo da tese, isso também concerne ao trabalho com adolescentes em crise e com pacientes psicóticos, embora dependa do tipo de relação com a palavra que é possível estabelecer, já que aquilo que se diz depende de quem escuta. Se considerarmos que a escuta determina a fala, nossa questão passa a ser de que lugar escutar o adolescente, psicótico ou não. Ou seja, impõe-se a questão do endereçamento no tratamento com os adolescentes, e a oportunidade que tem de encontrar “outros” capazes, de fato, de ouvi-los sem julgá-los, fixá-los, ou enquadrá-los em comportamentos adequados.

A possibilidade da internação de um adolescente em crise era considerada, por nós, não como um fracasso do atendimento extra-hospitalar, e sim como mais um recurso disponível para situações limites. Como, por exemplo, na agudização de um quadro psicótico, que não pôde ser contornado pela intensificação dos recursos do CAPSi; ou na iminência de uma passagem ao ato; ou, ainda, num momento de esgarçamento do laço da família com o filho em grave sofrimento psíquico. Ou seja, a internação se colocava como um momento específico do tratamento do adolescente, e não pretendia ser uma ruptura com o local de

tratamento regular. Ao contrário, tentava-se trabalhar sempre em articulação como o CAPSi e com os ambulatorios, se já se tratasse de um adolescente em atendimento antes da internação, ou, se fosse um adolescente sem tratamento anterior, a saída da internação seria o tempo de iniciar uma aproximação com o serviço, que passaria a acompanhar a situação no pós-alta.

No campo da Reforma Psiquiátrica, vemos uma sobreposição entre dois campos de ação: a desospitalização e a desinstitucionalização. Ou seja, para alguns segmentos deste movimento, não bastaria a retirada dos pacientes de longa permanência dos hospitais - a própria instituição psiquiátrica deveria ser abolida. Assim como, em algum momento, pensou-se que poderíamos prescindir dos ambulatorios de saúde mental quando dos surgimentos dos CAPS, ainda hoje vincula-se a ideia do hospital psiquiátrico aos quadros de institucionalização prolongada, que levariam ao isolamento e abandono dos internos pelo rompimento dos laços sociais e familiares.

No entanto, a proposta “Por uma sociedade sem manicômios”, que milita pelo fechamento dos hospitais psiquiátricos, às vezes parece desconsiderar as transformações ocorridas nessas instituições, justamente por terem sido também atravessados pelas novas formas de acolher os pacientes trazidas pela Reforma, não apenas com medicações mais eficazes e com menos efeitos colaterais, mas também a partir de outros recursos, como as oficinas terapêuticas, de esporte, de cultura, e pela valorização da manutenção dos laços sociais, além do lugar que se passou a dar à palavra do louco.

Testemunhar a ausência de um “eu” consistente, que não se instituiu a contento nos primórdios da vida, justifica a importância, para certos pacientes, dos muros dos hospitais e das paredes das enfermarias. Com essa premissa, não nos colocamos contra os serviços extra-hospitalares, mas também não compactuamos com a destruição dos hospitais psiquiátricos nem com o aniquilamento de sua função. Tendo trabalhado por mais de 20 anos nos serviços públicos de saúde mental e apostando na função dos CAPS, dos ambulatorios, mas também das emergências e das enfermarias, não compartilhamos da ideia de que esses novos serviços da rede de saúde mental prescindam do hospital psiquiátrico como lugar de acolhimento à crise.

Acreditamos ser possível resgatar a antiga tradição dos hospitais, como lembrada por Melman, no Retorno a Schreber (2006), de acolher para tratamento aqueles que estão “sem lugar”. Nas vinhetas clínicas aqui analisados, o acolhimento ao “sem lugar” diria tanto dos adolescentes em crise, que estão passando por esse tempo de instabilidades, e eventuais rupturas e/ou esgarçamentos de seus laços sociais, como também daqueles para quem essa “falta de lugar” é condição de estrutura, como acontece na psicose. Acolhê-los

temporariamente no hospital significa receber aqueles que, em determinadas circunstâncias, precisam “descansar a mochila fállica” como formulou Marcel Czermak. Ou seja, aqueles que precisam de abrigo e proteção de certas demandas sociais que na psicose, e na adolescência, podem ganhar a força de injunções difíceis de suportar. Daí a importante presença da instituição e também dos familiares/reponsáveis nos momentos de crise. O hospital psiquiátrico e, mais ainda, uma enfermaria que se pretenda acolher adolescentes não tem a função de tutelar os pacientes que recebe. Ao contrário, o SIAC procurava promover a proposta de uma responsabilidade compartilhada entre o adolescente, seus familiares, os profissionais da enfermaria, e os serviços de tratamento extra-hospitalares.

Enquanto estivemos preocupados em seguir as recomendações das Políticas Públicas, quanto ao tempo de 15 dias como período limite para a internação dos adolescentes, observamos como efeito várias re-internações, num curto espaço de tempo, o que nos advertiu que talvez ainda houvesse trabalho a fazer com aquele adolescente e com seus responsáveis. Ainda que estivéssemos cientes de que a internação deve ser a mais breve possível, tal período precisava contemplar o acontecimento do trabalho clínico, que, assim como o da adolescência, é mais lógico do que cronológico. Esperava-se que a equipe pudesse se pronunciar sobre os elementos recolhidos durante a estadia do paciente, sobre o trabalho clínico realizado em cada situação acolhida, e também para que se articulassem as condições da alta, tanto na família, como no retorno ou na aproximação do local de tratamento. Essa preparação para a alta não podia, contudo, perder de vista a necessidade de criar estratégias e construir recursos, subjetivos e objetivos, para o enfrentamento das dificuldades cotidianas. Dessa forma, podemos ver como um trabalho clínico não tem a ver com um tempo objetivo, previamente determinado.

Numa perspectiva clínica atravessada pela psicanálise, o trabalho sustentado com os adolescentes internados dependia da aposta na palavra deles, mas também na implicação transferencial daqueles que os escutavam e dos que os acompanhariam fora da internação. Constatávamos como o lugar dado à palavra dos adolescentes nos permitia ir estabelecendo um vínculo com eles, e construindo, a partir daí, um lastro de confiança, permitindo que eles próprios passassem a nos procurar para abordar as dificuldades enfrentadas em situações-limite.

Como aconteceu com Joaquim, que, entre 13 e 18 anos, passou alguma vezes pelo SIAC. Joaquim era sempre muito acochado por vozes que ora o xingavam de homossexual, ora diziam para matar sua avó. Fomos tentando, a cada internação, descobrir com ele os gatilhos que faziam as vozes disparar, e o que o levavam as passagens ao ato, quando

quebrava tudo o que via pela frente, ou se colocava em situações de risco. A partir do fortalecimento de seus laços com a equipe, Joaquim foi-nos dando notícias de que estava conseguindo perceber melhor quando as vozes começavam a aumentar, e, por conta própria, passou a recorrer à emergência do HPJ, solicitando internação. Em uma das últimas vezes em que esteve internado conosco, disse, logo na chegada: “estou piorando, as vozes estão ficando demais para a minha cabeça, não estou aguentando. Posso ficar alguns dias aqui no hospital? Só de chegar aqui já fico mais tranquilo”. Para a equipe da enfermaria, disse que as paredes do hospital o protegiam e que isso o ajudava a lidar com as vozes.

Escolhemos esse breve fragmento clínico para concluir os trabalhos porque ele representa o que, nos parece, a enfermaria pôde se tornar para alguns desses adolescentes em crise: um “pouso”. Um lugar de acolhimento e escuta para os adolescentes que chegavam em momentos de intenso sofrimento, e também para os familiares, em geral, bastante desestruturados.

Para encerrar, retomemos algumas questões trabalhadas nos capítulos, para apresentar nossas reflexões finais. A pesquisa partiu de uma questão surgida da clínica com crianças e adolescentes nos serviços de saúde mental: o que faz da adolescência um tempo suscetível para o desencadeamento da psicose? Ao longo da pesquisa, essa questão foi se ampliando e, de certa maneira, foi preciso dar um passo atrás. Para falar do desencadeamento da psicose na adolescência, precisamos pensar inicialmente no que estávamos nomeando de adolescência, já que este não é um conceito próprio ao campo psicanalítico, e também diferenciar a radicalidade dessa crise subjetiva no contexto das outras crises que recebíamos na enfermaria e, não por acaso, também se desencadeavam no tempo da adolescência.

Iniciamos a tese abordando o advento da adolescência em nossa sociedade, em contraponto a como se daria a passagem para a vida adulta nas sociedades tradicionais. Considerando que a adolescência não é propriamente um conceito psicanalítico, foi necessário pesquisar por que tornou-se interesse clínico e teórico para o campo da pesquisa psicanalítica. Distinguimos o momento da puberdade e o tempo da adolescência, destacando que o primeiro diz respeito a transformações reais no corpo, a partir da intensificação pulsional causada pela saída da latência, enquanto o segundo se refere a um tempo lógico, em que cada sujeito precisará construir, a seu ritmo, e dentro de suas possibilidades, respostas em nome próprio para as convocações com as quais é confrontado a partir da puberdade.

No segundo capítulo, nos deparamos com o desafio teórico de abordar a constituição do sujeito em sua articulação com o campo do Outro, a partir da montagem da pulsão como um circuito, e através da incidência da linguagem. Pela psicanálise, constatamos que o corpo

humano não é apenas orgânico: é, antes de tudo, pulsional, e, para se constituir e estabelecer seu pleno funcionamento, precisa ser estruturado a partir de determinadas condições. Vimos como sua estruturação está referida à própria montagem do circuito pulsional, na qual seu contorno vai se estabelecendo pela delimitação de suas bordas, através do movimento de vai-e-vem com o campo do Outro. Quando algo falha na especificação do circuito pulsional, consequências graves poderão ocorrer, como a não especificação das bordas corporais e a subsequente não-delimitação do contorno do corpo, o que pode comprometer, se não impedir, o advento do sujeito.

Acompanhamos, a partir das pesquisas de Laznik (2013) com bebês, como o não remate do circuito pulsional impede que a operação da alienação aconteça, o que pode levar ao risco da instauração do quadro clínico do autismo. Quando o problema acontece na operação da separação, é a psicose que pode se estruturar. Apontamos como as falhas na instalação do circuito pulsional aparecem com frequência no tempo da adolescência, quando acontece o encontro com o corpo infantil transformado pelo despertar pulsional na puberdade. Observamos como o estranhamento do adolescente em relação ao corpo pode levá-lo à necessidade de delimitar suas bordas a partir de algumas estratégias como as tatuagens, os piercings, as escarificações. E pudemos acompanhar, através da situação de Kátia, como os transtornos alimentares (anorexia, bulimia), também tão característicos dessa fase, apesar de darem notícias de um outro funcionamento pulsional, ofuscavam a identificação dos fenômenos elementares de sua psicose. Testemunhamos como foi pelo encontro com o sexual que a fragilidade de sua imagem corporal se revelou, quando, no auge de sua psicose, viu-se confrontada com a indiferenciação sexual de seu corpo.

Abordamos a distinção das estruturas clínicas da neurose e da psicose, inicialmente a partir das formulações freudianas das operações de *Verdrangung* e *Verwerfung* e demos destaque à indicação de Lacan que a forclusão do Nome-do-Pai, significante que representa a ordem fálica e que organiza os circuitos da pulsão em torno do registro fálico, é o fator patognomônico da psicose. Ainda que, no contexto deste trabalho, não nos tenhamos dedicado a trabalhar as diferentes apresentações clínicas da psicose, deixamos indicado que a neurose e a psicose são pensadas como modo diferentes de articulação dos três registros que constituem a experiência humana: Real, Simbólico e Imaginário. A questão da desespecificação pulsional na psicose foi trabalhada a fim de demonstrar que a coincidência entre os buracos anatômicos e as zonas erógenas não acontece naturalmente, nem espontaneamente, dependem da incidência da operação da linguagem, o que é corroborado pela afirmação de Czermak (2012, p.183), quando diz que “o discurso é o que liga os órgãos

em função”. Não deixamos de ressaltar como essa questão coloca problemas para o psicótico, na medida em que “é um sujeito desprovido do discurso para colocar e ligar seus órgãos em função” (2009, p.46).

No terceiro capítulo, pesquisamos, em Freud e Lacan, o que a Psicanálise teria a dizer da puberdade e da adolescência, a partir do encontro com o real do sexual, na medida em que, como diz Lacan (2003, p.558) “a sexualidade faz um furo no real”. Freud aponta que a intensidade pulsional, despertada na puberdade, pode levar ao adoecimento psíquico, e Lacan considera essa travessia para a vida adulta como um tempo de aberturas, mas também de desencadeamentos. Assim, retomamos a proposição de Melman (1995) sobre a adolescência como crise psíquica, segundo a qual o abalo em jogo diria do descompasso entre a maturidade orgânica e a falta de reconhecimento de seu novo estatuto social, levando o adolescente a ficar “sem lugar”. Essa crise que, agora podemos dizer, está diretamente relacionada a uma desordem na relação com o campo do Outro, na neurose se revela para o adolescente por ele “não encontrar o lugar de seu gozo”. Em outras situações, essas convocações da juventude tem como efeito uma desorganização mais radical, podendo levar até ao desencadeamento da psicose.

Acompanhamos como a desorganização pela qual passa o adolescente diz tanto do estranhamento na relação com sua imagem narcísica, afetada pelas mudanças corporais, como pela transformação na relação com o saber pela queda das referências simbólicas que balizaram sua vida até então. Considerando que o adolescente é um sujeito que responde no “campo da ação”, destacamos a importância em investigar de que ordem são os seus atos. Verificamos que estes podem ser actingouts, endereçados ao campo do Outro, na medida em que levam em conta a dimensão da transferência, ou se configuram como passagens ao ato, nas quais não há um remetimento ao campo do Outro. Nessas situações, o adolescente fica sozinho por não conseguir contar com um outro/semelhante como referência para um endereçamento, ficando objetalizado em seu próprio ato.

A partir daí, abordamos a dificuldade em estabelecer o diagnóstico diferencial na infância e na adolescência em função de vários fatores: por ainda se encontrarem numa fase de transformações corporais; pela dificuldade em reconhecermos os traços estruturais da psicose, já que, nessa época, é raro aparecer uma sintomatologia produtiva, mas, também, por ser um período de experimentações e errâncias, que confundem o clínico, se ele se contentar em considerar apenas o aspecto fenomenológico do comportamento do adolescente. Há ainda a dificuldade do adolescente em falar sobre seu sofrimento, e em reconhecer seus sintomas como sua expressão, o que exige a presença e a palavra de seus familiares/responsáveis no

tratamento. Com os adolescentes, o manejo na relação com os familiares é mais delicado do que com as crianças, na medida em que, por um lado, ainda precisam contar com eles, mas, por outro, já estão sendo chamados a responder em nome próprio por seus atos. Essa temporalidade não mais criança, mas ainda não adulto, representa essa “falta de lugar” com que o adolescente tem que lidar, e que é a condição mesma da psicose.

Vimos, também, que cada adolescente terá sua maneira própria de responder às convocações que tiveram início a partir da puberdade, e nosso trabalho na enfermaria era o de buscar, com cada um, modos de enlaçar sua errância no laço social, seus atos, sua desorganização subjetiva ao campo simbólico, a partir do trabalho com a palavra endereçada. Contando também com as oficinas, com a musicoterapia, com o futebol, apostava-se que colocando em palavras, ou expressando de alguma forma, aquilo que os acometia a partir de experiências de subjetivação (TYZSLER, 2017) talvez pudessem, a partir daí, construir uma condição menos objetizada na repetição de seus atos ou em suas vivências psicóticas pela falta de alguma mediação simbólica.

No último capítulo, partimos da afirmação de Freud (1917) de que a transferência é o campo onde todas as batalhas em relação ao tratamento devem acontecer, e da definição, proposta por Lacan, da transferência como ato de palavra, para abordar as especificidades da transferência na adolescência, e na psicose. Na adolescência, os impasses se colocariam pelo fato de que, no encontro com a inconsistência do Outro, o sujeito desconfia da possibilidade de que houvesse alguém que pudesse escutá-lo e ajudá-lo neste momento de instabilidade psíquica. Na psicose, a dificuldade se colocaria não pela impossibilidade desse vínculo se estabelecer, mas, ao contrário, porque, quando ele se estabelecesse, é sempre muito intenso, por não contar com nenhuma barra, por exemplo, com o filtro da fantasia como acontece na neurose, e, em geral, se configuraria como uma ligação a longo prazo. O desafio, nessas situações, seria buscar quais manobras transferenciais poderiam garantir o lugar do Outro como alteridade, ou seja, como lugar de endereçamento da palavra, mas também de onde pudesse vir algum retorno da posição do sujeito. Na psicose, a questão é mais complexa, pelo cuidado necessário para não obturar esse lugar Outro com uma presença maciça ou por um saber absoluto, que poderia provocar vivências persecutórias em relação àquele a quem o paciente endereça sua palavra.

Como questão final, abordamos a formulação de Melman (2012) sobre a transferência como primeira instituição. Constatamos, pelo trabalho na enfermaria, que era necessário que a transferência com um ou mais membros da equipe tivesse acontecido para que a função institucional da enfermaria, a de fazer contorno para os momentos de crise, também pudesse

operar. Ou seja, o estabelecimento da transferência engendrava o funcionamento institucional, assim como o institucional favorecia que o laço transferencial fizesse algum contorno para os momentos de crise.

Com Denis, pudemos ver a possibilidade, ainda que tardia, de um tipo de regulação pulsional muito particular, a partir do acolhimento que recebeu e do tratamento ao qual pode se submeter no hospital. Através dos laços estabelecidos com alguns profissionais, a quem endereçava sua palavra, e também pela invenção de um trabalho remunerado, conseguiu regular seu funcionamento pulsional, que desde a adolescência, operava de forma desordenada. Esse ofício também serviu como possibilidade de amarração com o campo do Outro, na medida em que, para vender as guloseimas, tinha que estar numa relação de troca com aqueles que circulavam pelo hospital.

O trabalho clínico com adolescentes, psicóticos ou não, guardando as diferenças nas manobras transferenciais com cada estrutura clínica, colocava como direção a tessitura de novos laços que fizessem a função de ponto fixo, a partir do qual pudessem circular pela vida mais enlaçados ao campo do Outro.

Partimos da visada de que, para nos constituirmos, é necessário passar pelo campo do Outro; a importância de tal articulação, porém, não se limita apenas ao começo da vida. A oportunidade para um adolescente encontrar no endereçamento ao campo do Outro, um outro que acolha sua palavra, pode ser uma abertura para receber notícias de sua posição, a partir do que terá sido sua mensagem. O grande desafio, nos dias de hoje, parece ser como sustentar esse lugar do Outro para o adolescente e para o psicótico, na medida em que o que temos assistido cada vez com maior gravidade é a fragilização do laço com o campo do Outro. E é por isso, também, que, quando o lugar da palavra está desvalorizado, e devemos refletir se não é isso o que estamos vivendo nos dias de hoje, observamos o aumento brutal da violência. Quando a palavra perde seu valor, a violência se impõe como forma de relação com o outro (LACAN, 1953-1954). E a adolescência é um tempo propício para este fenômeno aparecer.

Então, como sustentar a aposta na clínica da transferência, nesse momento em que a relação com o campo do Outro está tão desacreditado? A partir da questão proposta por Sciara (2016) quanto à invariância da função paterna, podemos nos perguntar o que pode fazer amarração simbólica para os adolescentes nos dias de hoje. Esse é um campo de questões que se abriu ao longo da pesquisa e que se coloca como um horizonte teórico, clínico e institucional que nos interessa investigar daqui pra frente.

A aposta na clínica com adolescentes em crise nos fez ver como um acolhimento que valoriza o laço pela palavra pôde transformar, para alguns deles, uma experiência de

desorganização subjetiva em uma oportunidade de novos enlaçamentos simbólicos. Testemunhamos como o laço transferencial estabelecido com eles e com seus familiares/responsáveis favorecia sentirem-se acolhidos pelo contorno institucional oferecido pela enfermagem nesses momentos limites. E que, protegidos das convocações que os açoitavam no mundo lá fora, muitos, puderam colocar em palavras suas histórias, assumindo seu lugar e sua responsabilidade por elas, ou construindo-as de forma inaugural, criando condições de estarem mais enlaçados ao campo do Outro, no enfrentamento cotidiano de suas vidas.

REFERÊNCIAS

ALBERTI, S., *Esse sujeito adolescente*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1996.

_____. (org.), *Autismo e esquizofrenia na clínica da esquizo*. Rio de Janeiro: Marca d'Água Livraria e Editora, 1999.

_____, *O adolescente e o Outro*. Rio de Janeiro: Zahar, 2004.

_____, O Adolescente e seu Pathos. *Psicologia*, São Paulo, v. 13, n. 2, p.183-202, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642002000200011&lng=en&nrm=iso. Acesso em 03 de Novembro de 2016.

AMARANTE, P. (org.), *Loucos Pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

ARIÈS, P., *História Social da Criança e da Família*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1981.

AZEVEDO, F. F. dos S., *Dicionário analógico da língua portuguesa: ideias afins/theasures*. Rio de Janeiro: Lexikon, 2010.

BARROSO, S. F., *As psicoses na infância: o corpo sem a ajuda de um discurso estabelecido*. Belo Horizonte: Scriptum Livros, 2014.

BEAUD, M., *Arte da Tese: como preparar e redigir uma tese de mestrado, uma monografia, ou qualquer outro trabalho universitário*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1996.

BERENGER, M.E; SÁ, R.; FONSECA, S.; Bezz, S.; AZEVEDO, S. C. (org.), *Desinstitucionalização de Psicose: experiências clínicas*. Niterói: EDUFF, 2008.

BERGÈS, J., *O Corpo na neurologia e na Psicanálise: lições clínicas de um psicanalista de crianças*. Porto Alegre: CMC Editora, 2008.

_____, *A atualidade das teorias sexuais*. Porto Alegre: CMC Editora, 2001.

_____ & BALBO, G., *Jogo de posição da mãe e da criança: ensaio sobre o transitivismo*. Porto Alegre: CMC Editora, 2002.

_____, *Há um infantil na psicose?*. Porto Alegre: CMC Editora, 2003.

_____, *Psicose, autismo e falha cognitiva na criança*. Porto Alegre: CMC Editora, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil*, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS no. 336, de 19 de Fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 9 fev. 2002. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_336.pdf. Acesso em 10 de novembro de 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de assuntos administrativos. Coordenação Geral de documentação e Informação. – Legislação em Saúde Mental (1999-2001). Brasília, Ministério da Saúde, 2001.

BEMFICA, A.G., *A errância entre o desejo e o gozo e a sua relação com o ato infracional na adolescência*. Tese (doutorado). Universidade Federal do Rio de Janeiro. Programa de pós-graduação em Teoria Psicanalítica, Rio de Janeiro, 2017.

CIRINO, O., *Psicanálise e Psiquiatria com crianças: desenvolvimento ou estrutura*. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

CACCIALI J.-L., Introdução às Jornadas Anorexia-bulimia: clínica, lógica e tratamento. *Tempo Freudiano Associação Psicanalítica*, 20 de abril de 2008. Disponível online em: <http://www.temprofreudiano.com.br/index.php/introducao-as-jornadas-anoxeria-bulimia-clinica-logica-e-tratamento-2>. Acesso em 04 de julho de 2018.

CAPANEMA, C. A.; VORCARO, Â., Modalidades do ato na particularidade da adolescência. *Ágora (Rio J.)*, Rio de Janeiro, v.15, no.01, p.151-163, junho/2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982012000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 29 de maio de 2018.

CARVALHO DA COSTA, A. P.; POLI, M. C., Dos discursos no laço social: a construção de uma moradia possível na psicose. *Psicol. rev.*, Belo Horizonte, v.16, n.02, p. 409-427, ago. 2010. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682010000200011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 02 de junho de 2017.

CHEMAMA, R., *Dicionário de Psicanálise*. Porto Alegre: Artes Médica Sul, 1995.

COSTA-MOURA, F., Uma questão preliminar à investigação psicanalítica sobre a adolescência. In: IAMY, M. I., DUBA C., BARROS, M. Do R. R. (org.), *Fort da*. Rio de Janeiro: Centro de Estudos e Pesquisa em Psicanálise com Crianças (CEPAC), 1998, v.4/5, p.163-167.

_____,Adolescência: efeitos da ciência no campo do sujeito. *Psicol. Clin.*, Rio de Janeiro , v. 7, n.2, p. 113-125, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652005000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 02 de junho de 2017.

_____, O Tratamento Psicanalítico com Crianças. *Lugar de Palavra*. Rio de Janeiro: NAV- Núcleo de Atenção à Violência, 2003, p. 126-133.

_____ & FREIRE, A.B., Adolescência e tratamento do Impossível Hoje. In: MARTY, F. & CARDOSO, M. R. (Org.), *Destinos da Adolescência*. Rio de Janeiro: 7Letras, 2008.

_____,Manifestos de quem não tem o que dizer: adolescentes contemporâneos e os graffiti de rua. *Estilos da Clínica*, v. 10, n. 18, p. 116-130, junho/2005. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/estic/article/view/45997>>. Acesso em 03 de novembro de 2016.

COUTO, M. C. V., Novos desafios à Reforma Psiquiátrica Brasileira: necessidade da construção de uma política pública de Saúde Mental para crianças e adolescentes. *Caderno de Textos III. Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2001.

_____ & MARTINEZ, R. (org.), *Saúde Mental e Saúde Pública: questões para a agenda da Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: NUPPSAM/IPUB/UFRJ, 2007.

CZERMAK, M., O discurso liga os órgão em função. In: CZERMAK, M., & TYZLER, J.J. (org.), *A Pulsão na Psicose: Oralidade, mania e melancolia*. Rio de Janeiro: Editora Tempo freudiano, 2009, pp.16-26.

_____,A Transferência nas Psicoses- Os psicóticos resistem mal à transferência. In: CZERMAK, M., *PATRONIMIAS - Questões da clínica lacaniana das psicoses*. Rio de Janeiro: Tempo Freudiano, 2012.

_____,*Paixões do objeto: estudo psicanalítico das psicoses*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

_____, Oralidade e Mania. In: CZERMAK, M. & TYSZLER, J-J. (org.), *A Pulsão na Psicose: oralidade, mania e melancolia*. Rio de Janeiro: Tempo Freudiano, 2009.

_____, Até que ponto estamos seguros de nossos orifícios. In: CZERMAK, M. & JESUÍNO, Â. (org.), *A clínica da Psicose: Lacan e a psiquiatria*. Volume 3. O corpo na psicose: a hipocondria, Cotard, transexualismo. Rio de Janeiro: Tempo Freudiano, 2006.

_____, Sobre Alguns Fenômenos Elementares da Psicose. In: CZERMAK, M. & JESUÍNO, Â. (org.), *A clínica da Psicose: Lacan e a psiquiatria*. Volume 1. Fenômenos Elementares e automatismo mental. Rio de Janeiro: Tempo Freudiano, 2009.

_____, *PATRONIMIAS - Questões da clínica lacaniana das psicoses*. Rio de Janeiro: Tempo Freudiano, 2012.

_____, A Porta de Entrada e a Clínica psicanalítica. *Revista Tempo Freudiano*, n. 10, Rio de Janeiro, 2013.

_____, HERGOTT, S. & TYSZLER, J.-J., Observações sobre situações de desespecificação pulsional em sua relação com as funções na psicose. In: CZERMAK, M., *PATRONIMIAS – Questões da clínica lacaniana das psicoses*. Rio de Janeiro, Tempo Freudiano, 2012.

DICIONÁRIO DE PSICANÁLISE: Freud & Lacan, 2 vol., Salvador: Ágalma, 1997.

DISSEZ, N., Anorexia Mental: mudança de lógica. *Tempo Freudiano Associação Psicanalítica*, 16 de junho de 2008. Disponível online em: <http://www.tempofreudiano.com.br/index.php/anorexia-mental-mudanca-de-logica>. Acesso em 04 de julho de 2018.

DELUZ, A., GIBELLO, B., HEBRARD, J., MANNONI, O., *A crise da Adolescência: debates entre psicanalistas e antropólogos, historiadores, lógicos, psiquiatras, pedagogos*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999.

ECO, H., *Como se faz uma tese*. São Paulo: Editora Perspectiva, 1977.

FERRÃO V. S., POLI, M. C., Adolescência como Tempo do sujeito na psicanálise. *Revista Adolescência & Saúde*, Vol. 11, No 2, Abr/Jun 2014, pp.48-55.

FIGUEIREDO, A. C., *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997.

FREIRE, A. B. (org.), *O Corpo e suas vicissitudes*. Rio de Janeiro: 7letras, 2013.

_____, & MALCHER, F. (org.), *Circulando: Jovens e sua invenções no autismo e na psicose*. Rio de Janeiro: FAPERJ/Subversos, 2014.

FREUD, S., *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1969.

_____, Carta 69 - Correspondência com Fliess (1897). In: *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, Vol. I.

_____, Fragmentos da análise de um caso de Histeria (1905[1901]). In: *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, Vol. II.

_____, As neuropsicoses de defesa (1894). In: *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, Vol. III.

_____, Três ensaios sobre a teoria da sexualidade (1905). In: *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, Vol. VII.

_____, Esclarecimento Sexual das Crianças (1907). In: *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, Vol. IX.

_____, Sobre as teorias sexuais das crianças (1908). In: *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, Vol. IX.

_____, Romances familiares (1909). In: *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, Vol. IX.

_____, A dinâmica da Transferência (1912). In: *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, Vol. XII.

_____, Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise (1912). In: *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, Vol. XII.

_____, Sobre o Início do tratamento (Novas recomendações sobre técnica da psicanálise I) (1914). In: *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, Vol. XII.

_____, A Pulsão e seus destinos (1915). In: *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, Vol. XIV.

_____, Conferências introdutórias sobre psicanálise (continuação) (1916-1917) - XXI- Desenvolvimento da libido e as Organizações Sexuais). In: *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, Vol. XVI.

_____, Conferências introdutórias sobre psicanálise (continuação) (1916-1917) -XXVII- Transferência. In: *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, Vol. XVI.

_____, Conferências introdutórias sobre psicanálise (continuação) (1916-1917) - XXVIII- Terapia Analítica. In: *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, Vol. XVI.

_____, O estranho (1919). In: *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, Vol. XVII.

_____, A organização genital infantil: uma interpolação na teoria da sexualidade. In: *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, Vol. XIX.

_____, A dissolução do Complexo de Édipo (1924). In: *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, Vol. XIX.

_____, Neurose e psicose (1924a [1923]). In: *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, Vol. XIX.

_____, A perda da realidade na neurose e na psicose (1924b). In: *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, Vol. XIX.

_____, A negativa/ a denegação (1925). In: *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, Vol. XIX.

_____, Análise Terminável e Interminável (1937). In: *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, Vol. XXIII.

_____, Compêndio de Psicanálise e outros escritos inacabados. In: *Obras incompletas de Sigmund Freud*. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2014.

_____, Neurose, Psicose e Perversão. In: *Obras incompletas de Sigmund Freud*. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2014.

_____, As pulsões e seus destinos. In: *Obras incompletas de Sigmund Freud*. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2017.

FORGET, J.M., *L'adolescence face à ses actes... et aux autres*. Paris: Éditions Érès, 2013.

_____, *Les psychoses chez l'enfant et l'adolescent- Psychanalyse et Clinique*. Paris: Éditions Érès, 2016.

FORGET, J.-M., *Os transtornos dos comportamentos: onde está o rolo?*. Porto Alegre: CMC, 2011.

GARNOT, S.-F. D., A Oralidade na Psicose seria específica?. In: CZERMAK, M. & TYZLER, J.-J. (org.), *A Pulsão na Psicose : Oralidade, mania e melancolia*. Rio de Janeiro: Editora Tempo Freudiano, 2009, p.47-58.

_____, Herdeiros da ciência, até que ponto?. *Revista Tempo Freudiano*, n. 5, 2004.

GENET, S., L'aliénation dans l'enseignement de Jacques Lacan. Introduction à cette opération logique et à ses effets dans la structure du sujet. *Tracés. Revue de Sciences*

humaines, vol.14, 2008. Disponível online em: <https://journals.openedition.org/traces/383>. Acesso em 14 de junho de 2018.

GRYNER, S., RIBEIRO, P.M.C.M., OLIVEIRA, R.C. (org.), *Lugar de Palavra*. Rio de Janeiro: Núcleo de Atenção à Violência (NAV), 2003.

GUTIERRA, B. C. C., *Adolescência, psicanálise e educação: o mestre “possível” de adolescentes*. São Paulo: Avercamp, 2003.

_____, *Inícios na psicanálise com adolescentes: clínica e supervisão*. Curitiba: CRV, 2014.

HANNS, L. A., *Dicionário comentado do alemão de Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

HOFFMAN, C., LAURU, D., PICKMANN, C.-N. (org.), *Problématiques adolescentes et direction de la cure*. Paris: Érès, 1997.

KLEIN, V. F., *Trabalhadores: psicose e vínculo com a realidade ordinária*. Dissertação (mestrado). UFRJ. Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica. Rio de Janeiro, 2018.

LACAN, J., *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

_____, *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

_____, *Função e Campo da Fala e da linguagem em Psicanálise (1953)*. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998, p.238-342.

_____, *De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose (1958)*. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

_____, *O Estádio do Espelho como formador da função do eu*. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

_____, *A direção do tratamento e os princípios de seu poder (1958)*. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

_____, *Prefácio a O Despertar da Primavera (1974)*. In: *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

_____, *Intervenção sobre a transferência*. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

_____, *O Seminário, livro 1 – Os escritos técnicos de Freud (1953-1954)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1986.

_____, *O Seminário, livro 2 – O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise (1954-1955)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

_____, *O Seminário, livro 3 – As psicoses (1955-1956)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

_____, *O Seminário, livro 4- A relação de objeto (1956-1957)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.

_____, *O Seminário, livro 5 – As formações do inconsciente (1957-1958)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

_____, *O Seminário, livro 7 – A ética da psicanálise (1959-1960)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991.

_____, *O Seminário, livro 8 – A transferência*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1960-1961.

_____, *O Seminário, livro 10 – A angústia (1962-1963)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

_____, *O Seminário, livro 11 – Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise (1964)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.

_____, *O Seminário, livro 17 - O avesso da psicanálise (1969-1970)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

_____, *O Seminário, livro 22 -R.S.I.(1974-1975)*. Tradução não publicada.

_____, *O Seminário, livro 23- O Sinthome (1975-1976)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.

_____, *Introdução aos Nomes-do-pai (1963)*. In: *Nomes do Pai*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

_____, *O Simbólico, O Imaginário e o Real. Discurso proferido na Société Française de Psychanalyse (1953)*. In: *Nomes do Pai*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

_____, *Os complexos familiares*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1990.

_____, Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano. In: *Escritos*. Rio de Janeiro; Jorge Zahar, 1998.

_____, Alocução sobre as psicoses da criança (1968). In: *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

_____, Nota sobre a Criança (1969). In: *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J.-B., *Vocabulário da Psicanálise*. São Paulo: Livraria Martins Fontes, 1986.

LAZARI, R. G. F., *História da loucura: percursos de atenção psicossocial no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba*. Dissertação (mestrado). UFRJ. Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial, Rio de Janeiro, 2018.

LAZNIK-PENOT, M.- C., Do Fracasso da instauração da imagem do corpo ao fracasso da instauração do circuito pulsional; quando a alienação faz falta. In: *O que a clínica do autismo pode ensinar aos psicanalistas*. Salvador: Ágalma, 1994, pp.31-48.

_____, Psicanalistas que trabalham em saúde pública. *Pulsional Revista de Psicanálise*, ano XIII, nº 132, 2000, p.62-78.

_____, *A voz da sereia: o autismo e os impasses na constituição do sujeito*. Salvador:Ágalma, 2013.

_____, TOUATI, B. & BURSZTEJN, C., *Distinção clínica e teórica entre autismo e psicose na infância*. São Paulo: Instituto Langage, 2016.

MALCHER, F.; FREIRE, A. B., Laço social na psicose: impasses e possibilidades. *Ágora (Rio J.)*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 119-133, Junho/2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982013000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 29 de maio de 2018.

LEFORT, R. & LEFORT, R., *Nascimento do Outro*. Salvador:Ed. Fator, 1990.

MANNONI, M., *A psiquiatria, seu "louco" e a Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1971.

_____, *A criança, sua "doença" e os Outros*. São Paulo: Via Lettera, 1999.

MANNONI, O., Adolescência é Analisável?. In: CORREA, A. (org.), *Mais tarde é agora, ensaios sobre a adolescência*. Salvador:Ágalma. 1996.

MELMAN, C., Os Adolescentes estão sempre confrontados ao Minotauro (1988). In: *Adolescência: entre o passado e o futuro*. Porto Alegre: Associação Psicanalítica de Porto Alegre, 1997.

_____, O que é um adolescente?. In: *O adolescente e a modernidade. Congresso Internacional de Psicanálise e suas Conexões*. Tomo II. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2000.

_____, Haveria uma questão particular do pai na adolescência?. *Revista APOA*, Ano V, no.11, Porto Alegre, 1995.

_____, O que é uma mãe?. In: *Estrutura Lacaniana das Psicoses*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

_____, *Alcoolismo, delinquência e toxicomania: uma outra forma de gozar*. São Paulo: Editora Escuta, 2000 [1992].

_____, *Estrutura lacaniana das Psicoses*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

_____, *Retorno a Schreber (Seminário 1994-1995, Hospital HenriRousselle)*. Porto Alegre: CMC, 2006.

_____, *Les Paranoïas- Séminaires 1999-2000 et 2000-2001*. Paris: Editions Érès, 2014.

_____, LERUDE, M., CHASSAING, J.-L., GIRAUD, B., FORGET, J.-M., FLEIG, M., ABREU E SILVA, R. De, FLEIG, C. De F. B., *Adolescente, sexo e morte*. Porto Alegre: CMC, 2009.

_____, & MOURAS, J.-P., *Sur L'Enfant et L'Adolescent. Les Mercredis de Sainte-Anne*. Paris: Éditions de L' Association freudienne internationale, 1998.

MILO, M. E. A., A prática psiquiátrica na clínica com adolescentes e seus impasses. In: *Juventude e saúde mental: a especificidade da clínica com adolescentes*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2015.

MONTEIRO, R. A. P., *A transição para a vida adulta no contemporâneo: um estudo com jovens cariocas e quebequenses*. Tese (doutorado). UFRJ. Programa de Pós-graduação em Psicologia. 2001.

OLIVEIRA, R. C., A chegada de crianças e adolescentes para tratamento na rede pública de saúde mental. In: COUTO, M.C. V. & MARTINEZ, R. (org.), *Saúde Mental e Saúde Pública: questões para a agenda da Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: NUPPSAM/IPUB/UFRJ, 2007.

_____, O que leva um adolescente a precisar de uma internação psiquiátrica?.
In: SAGGESE, E., OLIVEIRA, F.H., TEIXEIRA, S.B.S. (Org.), *PROADOLESCER: pesquisa e clínica com adolescentes na rede de saúde mental*. Rio de Janeiro: 7Letras, 2013, p.95-104.

_____ & SÁ, I. X. F., A Construção da rede de saúde mental infanto-juvenil de Niterói. In: SAGGESE, E., OLIVEIRA, F.H., TEIXEIRA, S.B.S. (org.), *PROADOLESCER: pesquisa e clínica com adolescentes na rede de saúde mental*. Rio de Janeiro: 7Letras, 2013, p.51-63.

OLIVEIRA, R. A. S., *A invenção do corpo nas psicoses: impasses e soluções para o aparelhamento da libido e a constituição da imagem corporal*. Tese (doutorado). UFRJ. Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica, 2008.

PENCAK, S. & BASTOS, A., *Anorexia Mental e Feminilidade*. Plataforma Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica, vol. 12, no. 2, Rio de Janeiro, 2009.

PITTA, A. M. F. (org.), *Reabilitação Psicossocial no Brasil*, São Paulo: Hucitec, 1996.

PITAVY, T., L'amour a Changé, la famille suivra! Les noms du père?. Association Lacanienne Internationale, 20/07/2017.

PSICOLOGIA CLÍNICA: Psicoterapia e problemáticas na infância, Vol. 26.2, 2014.

RASSIAL, J.-J., A adolescência como conceito psicanalítico. In: MELMAN, C., *Adolescência: entre o passado e o futuro*. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 1997a.

_____, *A passagem adolescente: da família ao laço social*. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 1997b.

_____, *O adolescente e o psicanalista*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999.

RECALCATI, M., *Los dos "nadas" de la anorexia*. In: *Clínica del Vacío- anorexias, dependencias, psicosis*. Madri: Ed. Sintesis, 2003.

Jornadas do Seminário: A angústia. *Revista Tempo Freudiano*, no. 02, Rio de Janeiro, Abril/1999.

A clínica da psicose: Lacan e a psiquiatria. Vol. 1 – Os fenômenos elementares. *Revista Tempo Freudiano*, no.03, Rio de Janeiro, abril/2004.

A clínica da psicose: Lacan e a psiquiatria. Vol. 3 – O corpo: hipocondria, Cotard, transexualismo. *Revista Tempo Freudiano*, no.07, Rio de Janeiro, março/2006.

A operação significativa: o nome, a imagem, o objeto. *Revista Tempo Freudiano*, no.08, Rio de Janeiro, setembro/2007.

Entrevista do Dr. Eduardo de Carvalho Rocha ao prof. Manoel Tosta Berlinck, sobre o Hospital psiquiátrico de Jurujuba. *Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental*, Vol. VI, nº 4, pp. 164-170. Dezembro/2003.

Fort Da, no.04, Centro de Estudo e Pesquisa com Crianças (CEPAC),1998.

Fort Da, no.05, Centro de Estudo e Pesquisa com Crianças (CEPAC),1998.

Espaço Moebius – psicanálise: A criança e o adolescente no século XXI: as condições do advento do sujeito na atualidade. *Revista Topos*, Ano 1, n. 1, 1990.

RIBEIRO, P. M. C. M., *Um real em jogo: a função do pai e o sujeito na clínica*. Tese (doutorado). PUC-Rio. Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica. 2006.

ROCHA, E. C., Sobre a Atualidade da Instituição Psiquiátrica: apresentação. *Revista Latino-Americana de Psicopatologia fundamental*, Vol. VI, no.4, pp. 164-170, dezembro/2003.

ROSA, M., A Psicose Ordinária E Os Fenômenos Do Corpo. *Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental*, vol.XII., no.1, p.116-129,2009.

ROSA, M.D., GURSKI, R., POLI, M. C., Psicanálise e política: debates sobre a adolescência contemporânea. *Rev. psicol. polít.*, São Paulo, vol.10, n.19, p.91-94, jan. 2010. Disponível em:<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2010000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 29 de maio de 2018.

SAGGESE, E., *Adolescência e Psicose: transformações sociais e os desafios da clínica*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2001.

SAGGESE, E., HAMANN DE OLIVEIRA, F. (org.), *Juventude e Saúde Mental: a especificidade da clínica com adolescentes*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2015.

SAGGESE, E., OLIVEIRA, F.H., TEIXEIRA, S.B.S. (org.), *PROADOLESCER: pesquisa e clínica com adolescentes na rede de saúde mental*. Rio de Janeiro: 7letras, 2013.

SCIARA, L. Transfert e psychoses: quelles specificités?. Publicado em Conditions, jeux et actualité de la question du transfert dans le Psychoses- Journées d'études des 14,15 e 16 octobre 2011. Cahiers de l'Association Lacanienne internationale, pp.49-63.

_____, *A questão da transferência nas psicoses*. Tempo Freudiano, 17 de maio de 2005. Disponível online em: <http://www.temprofreudiano.com.br/index.php/a-questao-da-transferencia-nas-paranoias>. Acesso em 04 de julho de 2018.

_____, *Banlieues: pointe avancée de la clinique contemporaine*. Paris: Editions Érès, 2011.

_____, *Retour sur la fonction paternelle dans la clinique contemporaine*. Paris: Editions Érès, 2016.

TENÓRIO, F., *A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

_____, *Automatismo Mental, desespecificação pulsional, e morte do sujeito: a condição objetalizada do sujeito na psicose*. Tese (doutorado). UFRJ. Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica, 2012.

THIBIERG, S., *Du sujet clinique au sujet politique*. *Association Lacanienne Internationale, Le Bulletin*, N. 1, 2007, pp.29-34.

_____, *Incidências clínicas e teóricas da nomeação*. In: *A operação do significante: o nome, a imagem, o objeto*. Rio de Janeiro: Tempo Freudiano, 2007.

TYSZLER, J.-J., *A propósito do passional nas psicoses*. In: CZERMAK, M. & SCIARA, L., *A clínica da Psicose: Lacan e a psiquiatria*. Volume 2. As Paranoias. Rio de Janeiro: Tempo Freudiano, 2005.

_____, *La lecture dissociative de la psychose au service d'une psychiatrie débarrassée du transfert*. *Journal français de psychiatrie*, no.19, 2/2003, p. 40-42.

_____, *O Ofício de tecer os Nomes- do Pai*. In: *As depressões, o luto e a melancolia*. Recife: Espaço Moebius Psicanálise, 2017, p.185.

_____, *O imaginário que enoda e o imaginário que cola*. *La Célibataire*, n. 10, 2005.

_____, *As metamorfoses do objeto: clínica da pulsão, da fantasia e da letra*. *Revista Tempo freudiano*, No 9, Rio de Janeiro, 1991.

_____, *As depressões, o luto e a melancolia*. Salvador: Espaço Moebius, 2017.

SCHREBER, D.P., *Memórias de um doente dos nervos*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

VORCARO, A., *Crianças na psicanálise: clínica, instituição, laço social*. Rio de Janeiro, Companhia de Freud, 1999.

WHITAKER, R., “Anatomia de uma epidemia: história, ciência e os efeitos a longo prazo”, palestra realizada na faculdade de Ciências Médicas, Unicamp, em 2/6/2015.