

Psicose e soffrimento

MARCOS JOSÉ MÜLLER-GRANZOTTO
ROSANE LORENA MÜLLER-GRANZOTTO



PSICOSE E SOFRIMENTO

Copyright © 2012 by Marcos José Müller-Granzotto
e Rosane Lorena Müller-Granzotto
Direitos desta edição reservados por Summus Editorial

Editora executiva: **Soraia Bini Cury**

Editora assistente: **Salete Del Guerra**

Capa: **Denise Granzotto**

Projeto gráfico e diagramação: **Crayon Editorial**

Impressão: **Sumago Gráfica Editorial**

Summus Editorial

Departamento editorial
Rua Itapicuru, 613 – 7º andar
05006-000 – São Paulo – SP
Fone: (11) 3872-3322
Fax: (11) 3872-7476
<http://www.summus.com.br>
e-mail: summus@summus.com.br

Atendimento ao consumidor

Summus Editorial
Fone: (11) 3865-9890

Vendas por atacado
Fone: (11) 3873-8638
Fax: (11) 3873-7085
e-mail: vendas@summus.com.br

Impresso no Brasil

Sumário

INTRODUÇÃO

Psicose e sofrimento	11
--------------------------------	----

PARTE I ■ CLÍNICA DAS PSICOSES: OS AJUSTAMENTOS DE BUSCA

INTRODUÇÃO	37
-----------------------------	----

Nossos motivos em torno das psicoses	37
--	----

Da precariedade das formações psicóticas ao sofrimento no surto	39
---	----

Lugar ético da clínica das psicoses pensada segundo a teoria do self	43
--	----

1 A PSICOSE NO DISCURSO DA FENOMENOLOGIA: ENTRE A COMPREENSÃO E A NORMATIVIDADE TRANSCENDENTAL

Introdução: mais além de Jaspers	47
--	----

Fenomenologia filosófica: na encruzilhada entre o naturalismo e a psicose	50
---	----

Psiquiatria fenomenológica: do empírico ao transcendental	58
---	----

Breves considerações sobre a história da fenomenologia psiquiátrica	61
---	----

Mais além do sintoma: redução ao fenômeno psicótico	65
---	----

Da biografia ao vivido	68
----------------------------------	----

O eu empírico e o eu transcendental: diferença fenomenológica entre a neurose e a psicose	72
---	----

Leitura fenomenológica sobre a gênese e os tipos de formações psicóticas	75
--	----

Fenomenologia da patologia ou patologia fenomenológica?	80
---	----

2 A PSICOSE NO DISCURSO DA PSICANÁLISE: ESTRUTURA DEFENSIVA OU INVENÇÃO?

Introdução	85
----------------------	----

Da fenomenologia empírica ao reconhecimento do papel da lei	87
---	----

A psicose na primeira clínica lacanianiana	90
--	----

Estrutura psíquica como sujeito a partir do outro	91
Diferença entre a estrutura neurótica e A psicótica.	95
A clínica como secretariado às “metáforas delirantes” do Nome-do-Pai	97
A psicose na segunda clínica lacaniana	102
Do nome-do-pai ao pai do nome: do sujeito do desejo ao sujeito do gozo. . .	104
O não lugar do analista e o laço social com o psicótico	108
É o gozo um? Uma interpelação gestáltica	111
Retorno à teoria do self e as clínicas gestálticas da psicose	113
3 A PSICOSE NO DISCURSO DA GESTALT-TERAPIA: EXPERIÊNCIA COMO MODO DE AJUSTAMENTO	117
A proposta ética da Gestalt-terapia para pensar a intervenção na psicose:	
o caso “Avatar”	117
Hipótese reitora em nossa pesquisa: psicose como suplência a outrem	122
Indícios de nossa hipótese na “literatura de base” da Gestalt-terapia.	127
Formulação da hipótese sobre a gênese dos comportamentos psicóticos	
segundo a teoria do self: comprometimento da função <i>id</i>	129
Breve comentário sobre a questão das “causas”	137
Hipótese sobre o estilo dos comportamentos psicóticos: ajustamentos de busca . .	140
Psicose como ajustamento e surto	142
Ações da função de ato nos ajustamentos de busca	145
4 AJUSTAMENTOS DE ISOLAMENTO SOCIAL.	147
Isolamento como defesa	147
Diferença entre o autismo como síndrome e os ajustamentos de isolamento. . . .	150
Hipótese sobre a gênese dos ajustamentos de isolamento	154
Distinção entre sentimentos e afetos	156
Mais além dos ajustamentos de isolamento: a diversidade	
das personalidades autistas	157
Intervenção nos ajustamentos de isolamento	159
5 AJUSTAMENTOS DE PREENCHIMENTO DE FUNDO	163
Mais além do isolamento: as alucinações	163
Diferença entre demandas por excitação motor e demandas por excitação	
linguageiro: o senhor “puro-sangue”	165

Hábitos motores: ímpetos corporais	166
Hábitos languageiros: suposições de intenção	167
Alucinação como resposta às demandas languageiras: o senhor puro-sangue . . .	168
Breves considerações clínicas sobre as demandas por excitação languageiro:	
o "caso Kafka"	171
As estratégias da função de ato diante da ausência de excitação languageiro . .	175
Alucinação simbólica (ou paranoide)	177
Alucinação residual (ou catatônica)	178
Intervenção	179
Intervenção no ajustamento propriamente dito	180
Intervenção nos familiares e no meio social em que vive o consultante	182
Desafios na intervenção em ajustamentos de preenchimento	184
6 AJUSTAMENTO DE ARTICULAÇÃO DE FUNDO	191
Discurso articulatorio	191
Gênese dos ajustamentos de articulação: os excitamentos a maior	
e a suplência ao horizonte de desejos	193
Diferença entre alucinação e delírio	195
A dupla estratégia da função de ato em face do excesso de excitamentos	198
Delírio dissociativo	201
Características gerais	201
Um caso clínico: "A mulher das andorinhas"	202
Intervenção	204
Delírio associativo	205
Características gerais	205
Um caso clínico: "O senhor da luz"	207
Intervenção	210
Identificação negativa	213
Um caso clínico: "O cão e a devota"	214
Intervenção	221
Identificação positiva	223
Um caso clínico: "Grude"	226
Intervenção	232

7 ÉTICA, POLÍTICA E ANTROPOLOGIA DA ATENÇÃO GESTÁLTICA ÀS PSICOSES: O CLÍNICO, O ACOMPANHANTE TERAPÊUTICO E O CUIDADOR	235
Atenção gestáltica às psicoses: em torno e mais além da <i>awareness</i>	235
Dimensão ética da atenção às psicoses: clínica dos ajustamentos de busca	242
Dimensão política da atenção gestáltica às psicoses:	
o acompanhamento terapêutico.	249
Dimensão antropológica da atenção gestáltica às psicoses:	
o cuidar como um investimento humano	264

PARTE II ■ SOFRIMENTO ÉTICO-POLÍTICO E ANTROPOLÓGICO E A CLÍNICA DA INCLUSÃO

INTRODUÇÃO	281
Clínica do sofrimento e inclusão.	281
8 SOFRIMENTO COMO FALÊNCIA DA FUNÇÃO PERSONALIDADE	285
Outro social como função de campo: a função personalidade	285
O malogro social da função personalidade segundo a literatura de base da Gestalt-terapia	289
Hipóteses sobre a “causa” de eventuais falências da função personalidade	290
A falência antropológica do outro social	295
A falência política do outro social	299
A. Mais além dos dispositivos de sujeição	301
B. O esteticismo como estratégia de resistência e inovação política	304
C. Os riscos do esteticismo foucaultiano	312
A falência ética do outro social	316
A. Mais além de Foucault	317
B. Poder totalitário e vida nua	321
9 SUJEITO DO SOFRIMENTO: OUTREM	327
Acolhimento ético e gratuidade	327
Cinismo como forma de sobrevivência perante a exceção soberana	331
Vida nua como outrem: uma leitura merleau-pontyana.	336

A. Cisão do eu na experiência com outrem	337
B. A experiência de outrem como descentramento.	345
C. Passividade ao estranho	347
Outrem como pedido de inclusão social	350
10 AJUSTAMENTOS DE INCLUSÃO	353
Pedido de inclusão como ajustamento	353
Modos clínicos dos ajustamentos de inclusão.	355
Ajustamentos de inclusão nas situações de sofrimento antropológico.	357
A. Sofrimento e inclusão em situações de emergência e desastre.	359
B. Sofrimento e inclusão em situações de luto e doença somática	365
Ajustamentos de inclusão nas situações de sofrimento político.	371
A. O sofrimento e o ajustamento de inclusão nas situações de crise reativa.	375
B. O sofrimento e o ajustamento de inclusão nos conflitos sociais (político-econômicos)	380
Ajustamentos de inclusão nas situações de sofrimento ético.	387
A. O sofrimento e o ajustamento de inclusão nas situações de violência racial e de gênero	391
B. Sofrimento e ajustamento de inclusão nas situações de surto psicótico	397
C. O sofrimento e o ajustamento de inclusão nas situações de cárcere.	404
NOTAS	417
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	441

Introdução

PSICOSE E SOFRIMENTO

O COORDENADOR DO CENTRO de Atenção Psicossocial (Caps)¹ chamou a todos nós, profissionais, para que juntos deliberássemos sobre uma urgência. Havíamos recebido o telefonema da mãe de um usuário do serviço solicitando ajuda. Conforme o relato da mulher, havia alguns dias seu filho voltara a falar coisas estranhas. Com um tubo de tinta *spray*, pintara diferentes nomes nas paredes internas da casa. Ora se dizia João, ora se dizia José. As roupas que não couberam dentro da máquina de lavar, ele as reunira no centro da sala de estar para queimá-las. Ninguém o conseguia demover dessa intenção. Por isso a mãe pensara em acionar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) ou a Polícia Militar, mas lembrara das reuniões que fizera no Caps e das recomendações que recebera para não internar o filho, pois deveria poder tratá-lo em liberdade, usando os recursos sociais de que dispunha. “Que venham vocês até aqui, pois estamos apavorados.” E antes que nós, profissionais, brigássemos por divergências no plano conceitual sobre nossa responsabilidade em manter a ordem sociofamiliar de nossos assistidos disponibilizei-me a ir até a casa do usuário. Eu era novo na instituição. Nunca o havia visto. Ainda assim o coordenador consentiu em que eu fosse: “Mas leva contigo o prontuário e leia-o antes de intervir”. No caminho, esperava do motorista alguma pergunta que me fizesse sentir importante, por exemplo: “É um caso complicado, doutor?” Mas ele permaneceu tão calado que tive a certeza, por um instante, de que tudo aquilo seria em vão.

A letra desregrada de algum colega que não faço conta de quem fosse ensaiava uma biografia no prontuário. Fiquei interessado em saber o que teria feito tal colega anotar, laconicamente, “filho de mãe solteira, renegado pelo pai”. E, ainda que o histórico de medicações ministradas me fizesse perder o fio, consegui entender que nosso usuário submetera-se a duas internações anteriores, uma de 20 dias, aos 13 anos, outra de 60 dias em regime domiciliar, em sua própria casa, quando tinha 16. Tinha agora 19. Fora encaminhado ao Caps dois anos antes. Ajudava a tia e as primas em uma loja de eletrônicos, administrada pelo avô, na casa de quem todos eles viviam. “Contou que não pôde doar seu rim à mãe; preocupa-se porque ela passa muito mal nas sessões de hemodiálise...”

Minha ida havia sido anunciada e eu era aguardado à entrada do pátio da casa por um homem de rosto riscado, não sei se pelo sofrimento ou pelos anos. “Quando ele era mais moço, eu dava conta dele. Agora não me atrevo. Ele não é tão forte, mas tem esta coisa de ele fazer artes marciais”, disse-me o ancião, que supus ser o avô. E, não bastasse o ar taciturno do homem, a indignação das três moças que o acompanhavam – seriam elas as primas, a tia (?) – quitou-me o controle sobre a situação. “A mãe dele não merece isso”, insistia uma delas. Não sabia a quem me dirigir e fui praticamente arrastado para dentro do recinto por uma porta lateral, que me levou ao que pareceu ser a cozinha. A cor de cuia na pele daquela mulher cabisbaixa sentada à mesa não me deixou dúvidas: tratava-se da mãe. Ela me olhou com generosidade, como se confiasse a mim algo de muito valor. “Ele está na sala. Nem ele nem nós dormimos mais. Já se passaram três noites assim. Trancamos as portas dos quartos para ele não pegar mais nenhuma peça de roupa. Antes ele queria lavar tudo. Agora ele quer pôr fogo, doutor!” E eu já não sabia se queria estar ali. “Tu achas que vais conseguir levar ele pra internação sozinho, doutor, não trouxeste ninguém para te ajudar?”, disse-me a mais exaltada das outras três mulheres. “Tudo começou com a história da escola de

artes marciais”, acrescentou a mais jovem. “Ele apareceu com uma sacola cheia de roupas e outros objetos que disse haver ganhado. Mas não tardou para o dono da escola ligar dizendo que havia feito um boletim de ocorrência denunciando nosso primo por roubo. O que deu na cabeça desse menino?” A terceira então lembrou que já havia recebido outros telefonemas da mesma instituição. “Os caras estão muito chateados porque nosso primo disse por aí que trabalha na escola como instrutor de luta, quando na verdade ele é só um aluno nas fases iniciais.” Para o avô o roubo das roupas tinha que ver com vingança, uma vez que o neto fora impedido de frequentar as aulas enquanto não trouxesse os exames médicos exigidos: “E vocês sabem, ele foge de médico como o diabo da cruz!” A mais exaltada então retrucou: “Diabo é aquele pai dele, que, aliás, é médico. Por que ele não leva consigo o filho e cria, já que nossa tia não tem saúde nem condições financeiras? Fazer o filho ele soube!” A mãe então lembrou que a primeira vez que seu filho surtara ocorrera quando juntos foram a um advogado dar início ao processo para reconhecimento da paternidade. “Depois daquele dia ele nunca mais se apurou. Eu me arrependo de ter começado isto. Não há dinheiro que pague o sossego, doutor.” A mais exaltada voltou à carga admoestando aos demais: “Quero ver qual dinheiro vai pagar um *laptop* novo para o cliente caso ele estrague aquele aparelho. Ele está há dias com a máquina de um cliente assistindo àquele filme ridículo – como é mesmo o nome? *Avatar*²!” Levando uma das mãos às minhas costas, como se me conduzisse a outro recinto, o avô me interrogou: “Tu vais fazer medicação oral ou injetável?”

Atravessar a porta da cozinha e ver aquele magricelo caminhando em volta de uma pilha de roupas no centro da sala foi, de certo ponto de vista, um alívio. Do portão do pátio até conseguir sair da cozinha não se passaram mais do que cinco minutos; o suficiente para que me sentisse contaminado por exigências e maledicências, as quais me fizeram lembrar a passagem em que Hércules veste a túnica envenenada por Néssus³. Às minhas

costas os outros me observavam e eu não tinha a mínima ideia do que dizer ou fazer naquele momento. E por incrível que pareça foi o usuário quem me salvou do embaraço. Levou-me pelo braço até outra parte da casa, em cujas paredes estavam os muitos nomes que ele queria me apresentar. “Este sou eu no medievo. Um nobre. Mas se tu me vires vermelho me chames por este nome. Este é o nome dos que nasceram sob o sol dos bravos...”. Continuei sem saber o que lhe dizer, um pouco mais confortável por não estar sendo observado. Limitei-me a ouvir e só abri a boca quando ele solicitou que eu lhe desse meu casaco para o ritual de purificação “a fogo” que faria na próxima lua cheia. Para safar-me fixei-me nas cores e no traçado dos nomes pintados na parede, chamando-lhe a atenção sobre a regularidade de certos desenhos. Por um instante ele titubeou, e foi aí que pude prestar atenção que levava consigo um *laptop*, no qual rodava um filme. “A que tu estás assistindo?”, perguntei-lhe. E antes que ele se enfurecesse comigo, pois seu olhar começava a denunciar sua decepção, apressei-me em dizer qualquer coisa tão logo vinculei a fala de uma das primas à cena que, no *laptop*, identifiquei tratar-se do filme *Avatar*. “Tu és um avatar!”, falei. E a surpresa do usuário foi tal que, naquele instante, eu próprio percebi que havíamos trocado de lugar: o surtado (de medo) agora era eu. E eu não tinha alternativa senão continuar: “Pois agora entendo”, disse-lhe, “estes nomes todos na parede são os teus avatares”. E recordando-me em um instante do roteiro, tendo eu presente que o protagonista do filme era um paraplégico que, por conta de um experimento científico, pôde temporariamente transportar seu sistema nervoso central para um corpo diferente, híbrido, muito mais poderoso e perfeitamente saudável, perguntei-lhe: “Que doença ou limitação tu tens te deu direito a viveres em um corpo avatar?” O brilho no olhar do usuário atestou-me que algo funcionava. Ele embarcou na minha história – talvez fosse mais correto dizer no meu delírio. Posando o dorso de sua mão esquerda às costas, na região lombar, e a palma da direita sobre o

próprio peito, disse-me: “Meus rins e meu coração são incompatíveis. Os primeiros são de esponja, frágeis. O segundo tem muita força”. E eu entendi, como se ouvisse meu próprio cardiologista, que a pressão (alta) dos batimentos cardíacos ameaçava as finas e delicadas estruturas dos rins. “Por isso tenho de separá-los e viver em corpos diferentes”, concluiu o jovem. Pensei comigo: “De quais rins ele agora está falando? O que ele quer dizer com ‘deixar separados’?”

Não houve tempo para que eu terminasse minhas próprias questões e já estava ante os parentes, novamente. “Meu colega avatar vai explicar-lhes algumas coisas aqui, para ver se vocês entendem o que está acontecendo. Prossiga”, disse-me ele. E foi nesse momento que percebi que estava em um dilema ético-político muito importante. Por um lado, fui chamado por familiares que esperavam de mim que lhes esclarecesse como lidar com um sujeito surtado, ou que ao menos eu lhes ajudasse a interná-lo. Por outro, havia construído com o usuário uma sorte de cumplicidade, como se eu pudesse servir a ele como porta-voz de uma súplica, de um pedido de trégua, de compreensão, que ele não havia merecido até ali. E não se tratava, naquele momento, de atuar mediante uma divisão de papéis, como se falasse para os familiares a partir de um registro e com o usuário a partir de outro. Eu era a própria encarnação da dificuldade de comunicação – se é que posso dizê-lo – vivida pelos familiares e pelo usuário. Nunca imaginei estar assim tão enfiado no olho do furacão, no olho desta falência que atende pelo nome de surto.

O mais estranho naquele momento para mim era acreditar que o usuário estivesse produzindo um tipo de mensagem, uma forma possível de comunicação que devêssemos aceitar. Imaginei, por um instante, que minha fala pudesse ser ouvida como metáfora. Mas ao primeiro sinal de que eu formulava, com os parentes, uma metacomunicação o usuário esboçou rechaçar-me. E em vez de me associar à conveniência da razão esclarecida que os

parentes supunham como característica deles e minha, associei-me à tentativa desmedida de esclarecer o que eu próprio havia inaugurado para o usuário. Percebi que deveria tornar os avatares funcionais para os familiares. E foi então que comecei a dizer-lhes, na presença do usuário, que ele estava em perigo. Algo nele não estava funcionando bem e ainda era cedo para descobrir exatamente do que se tratava. De toda sorte, eu havia reconhecido nele uma forma eficiente de se autoproteger. Assumindo uma identidade provisória, qual avatar, ele manteria defendidas as partes ou situações ameaçadas. E deveríamos ter a habilidade de perceber que, enquanto ele se mantivesse defendido nas múltiplas identidades provisórias, isso significava que as ameaças ainda não haviam se extinguido. Logo, nós todos, profissionais e familiares, não deveríamos antecipar nenhuma mudança. Deveríamos, sim, permanecer atentos a quais elementos aumentavam a tensão. E, quando eu já quase não tinha fôlego para prosseguir nas explicações que nem eu mesmo compreendia, a mãe me perguntou se a ausência de sono não era algo que pudesse estar interferindo como uma ameaça. Aliviado, pois parecia que meu discurso nos havia conduzido a um lugar de entendimento, respondi que sim e perguntei ao usuário se ele não gostaria de dormir. “Claro, mas não quero acordar naquele corpo de antes, sacas?” A utilização do enredo do filme já ganhava vida própria no discurso do usuário. Foi então que tive a ideia – inspirando-me noutra passagem do filme, a qual menciona uma seiva vivificante que circula entre todos os seres vivos de Pandora e pode ser evocada por uma sacerdotisa para fins curativos – de propor que chamássemos tal sacerdotisa, no caso, minha colega psiquiatra, para que ela administrasse a seiva/medicamento. O usuário aceitou prontamente. Liguei para minha colega, que veio ao nosso encontro. Expliquei-lhe minha estratégia, que a fez decidir não administrar nenhum antipsicótico, apenas indutores de sono e reguladores de humor. Se os avatares estavam funcionando, não havia por que retirá-los.

Muito antes pela adesão da psiquiatra do que por reconhecer em meu método algo profissional, os familiares “compraram” minha estratégia. Por algumas semanas, deveríamos todos nós nos comunicarmos com os avatares. Em troca, o usuário declinaria da fogueira, visto que ela constituía ameaça aos próprios avatares, de acordo com outra passagem do filme evocada por uma das primas. E começamos um processo, com muitos altos e baixos, que ao menos nos ajudou a reconhecer quando o usuário perdia o controle da situação, pondo-se mais agressivo. Esses momentos – pelo menos os mais intensos – pareciam estar associados às tentativas das pessoas de explicar os comportamentos estranhos que percebiam nele. Quando ouvia os parentes especulando sobre a relação entre o surto e a recusa do cardiologista em reconhecê-lo como filho, ou sobre a relação entre os rituais de purificação que antes promovia e a doença da mãe, nosso usuário literalmente se punha louco. E todas as vezes em que nós mesmos tentamos ligar seu “coração forte” ao pai cardiologista, ou seus “rins fracos” à mãe doente, cuja culpa resignada fez dela uma mulher sem vida própria; todas as vezes em que buscamos associar sua expulsão da escola de artes marciais à recusa do pai em recebê-lo, ou os seus rituais de purificação à pecha de ser ele o filho de uma amante suja, alguma coisa nele desandava, como se nossas tentativas para entendê-lo o afrontassem e o machucassem ainda mais. E parecia que quanto mais tentávamos compreendê-lo menos sabíamos, com o agravante de que o molestávamos.

Depois de alguns meses, o usuário estava bem mais calmo. Coincidência ou não, a tia e as primas alugaram um apartamento e saíram da casa do avô. E mesmo os avatares não se faziam mais tão presentes em seu discurso. Já atendia pelo nome próprio, mas tinha muita dificuldade para voltar à rotina de antes do surto (trabalho, cursinho preparatório ao vestibular, partidas de futebol com os amigos etc.). Foi quando o convencemos a frequentar uma oficina que oferecíamos no Caps e em que minis-

trávamos aulas de computação. Por se tratar de uma matéria na qual era um iniciado, ele tinha uma oportunidade de ajudar os demais usuários, o que pareceu motivá-lo. Seu empenho nos encorajou a oferecer-lhe uma função de assessoria na associação de usuários. Na nossa fantasia, essa atividade política poderia representar para ele um destino protegido para seus avatares mais belicosos, que insistiam em não ir embora. Talvez fosse um modo de ele matizar suas formulações recorrentes a respeito de uma eventual reintegração à escola de artes marciais. Se ele era capaz de nos acompanhar em reuniões públicas para defender interesses da associação, ele certamente poderia enfrentar aquilo que o aborrecia na temática da reintegração à escola de artes marciais. Mas nossa expectativa não se realizou. Pior do que isso. O usuário nos abandonou.

Alguns meses depois, a família voltou a nos chamar, pois nosso usuário estava “estranhíssimo”. Dessa vez, buscava sistematicamente o isolamento. Permanecia o dia inteiro em seu quarto, de onde só saía quando percebia que ninguém mais circulava pela casa. Já não queria saber da medicação, da televisão, dos computadores. Não reagia aos convites, aos chamados. E os familiares já não sabiam o que incomodava mais: se era a agitação de antes, ou o embotamento de agora. Não sem surpresa fomos por ele muito bem recebidos. Agora, porém, queríamos pautar nossas intervenções em estratégias clínicas mais rigorosas, inspiradas nos grandes autores acerca das psicoses. Também a psiquiatra queria ser mais rigorosa no estudo dos efeitos das medicações. Mas quais orientações adotar?

Inspirados em determinada tradição de intervenção no campo das psicoses – e para a qual a psicose consiste em uma incapacidade do sujeito para representar sua própria unidade –, começamos especulando sobre a possibilidade de ajudá-lo a elaborar um discurso sobre si. Com a ajuda de antidepressivos, tratava-se de fornecer-lhe condições para que ele próprio alinhavasse os acontecimentos de sua vida segundo uma orientação que

livremente pudesse eleger, por mais bizarra que ela pudesse nos parecer. Mas, como já havíamos percebido, toda tentativa de emprego dos avatares visando à da construção de uma compreensão sobre sua unidade histórica o angustiava profundamente.

A alternativa seguinte – baseada em outra tradição de intervenção no campo das psicoses – tinha em conta a dificuldade de nosso consulente⁴ para enfrentar ao outro. Para essa tradição, a psicose é a incapacidade de alguém para fazer-se reconhecer pelo outro. Por isso imaginamos que poderíamos ajudá-lo representando-o. Nossa ideia era participar efetivamente de seus conflitos políticos, oferecendo a ele uma blindagem (discursiva e medicamentosa, dessa vez à base de antipsicóticos) que lhe permitisse enfrentar, por exemplo, aos professores na escola de artes marciais. Mas essa manobra não foi bem-sucedida. Quando, enfim, conseguimos autorização da escola para que ele retornasse às práticas – uma vez que nós nos comprometemos a acompanhá-lo –, essa alternativa lhe pareceu inalcançável, de onde inferimos que talvez não interessasse a ele um lugar de reconhecimento social. Noutras palavras, não lhe interessava adaptar-se a quem o pudesse reconhecer. Talvez mais importante para ele fosse impor-se ao outro. Enveredamos para uma segunda versão daquela forma de conceber a psicose – que advoga que o psicótico não sabe se posicionar diante do outro –, o que nos levou a trabalhar no sentido de mapear os lugares em que nosso usuário podia exercer o poder. Mas sua passagem pela associação de usuários já nos havia advertido de que o poder não lhe interessava. Nem submeter-se nem dominar. Nosso usuário não sabia qual lugar ocupar. Tampouco nós em relação a ele.

Em alguma medida, sentia-me o próprio Simão Bacamarte, personagem antológica de Machado de Assis no conto *O alienista* (1881-2). Depois de se haver incumbido da nobre missão de salvar a comunidade de Itaguaí do risco de uma epidemia que atende pelo nome de loucura, o jovem médico, orgulhoso de haver declinado de importantes cargos na Corte portuguesa em

favor da devoção ao progresso da ciência, apresenta sua primeira tese psiquiátrica: se a normalidade é um continente, a loucura é uma ilha, que precisa ser isolada. Eis então que decide recolher a uma casa de Orates – conhecida como Casa Verde – aquelas pessoas que, pelas esquisitices que desempenhavam, enquadravam-se na categoria da diferença. Mas, porquanto o número de denúncias sobre pessoas que se enquadravam nessa categoria não parava de crescer, o diligente cientista suspeitou de um possível erro. O erro, contudo, não residia na avaliação que ele fazia acerca das pessoas; antes, na tese. Não era a normalidade que equivalia a um continente; e, sim, a loucura. O que explicaria por que – depois de algum tempo – quase toda a cidade convalescesse em Casa Verde, qual “torrente de loucos”. E na medida em que o desconforto dos cidadãos punha à prova o bom-senso de Simão, já que as autoridades não se conformaram à ideia de que elas próprias poderiam ser loucas, o jovem médico não teve outra alternativa que não fosse declinar dessa nova tese. Por fim, decidiu internar a si próprio, pois, se houvesse loucura, ele a deveria experimentar primeiro, por ele mesmo.

Nem as trocas na medicação, tampouco as mudanças nas orientações éticas das intervenções clínicas pareciam produzir um efeito pacificador para esse sujeito e seus familiares. Estávamos mais perdidos do que nunca, feito Simão Bacamarte. Inspirados na personagem de Machado de Assis, decidimos desistir; não do usuário, mas de entendê-lo. Voltei à minha postura inicial, por ocasião de meu primeiro contato com o usuário, em que não me ocupava do que ele pudesse querer para si, desejar ou intencionar. Ocupava-me antes das exigências a mim dirigidas e, por extensão, a ele. Queria saber o que os familiares exigiam, o que as políticas em saúde mental esperavam do usuário, quais ambições eu mesmo tinha. E foi quando pude olhar para as formações do usuário como respostas genuínas, cuja característica fundamental era a fixação na realidade dada, tal como aquela fixação que eu mesmo elegi quando não sabia como lidar com ele.

Lembrei-me da angústia que senti; não sabia o que fazer. Por conta disso, havia escolhido concentrar-me nos nomes escritos pelo usuário na parede, nas possibilidades fornecidas pelo filme a que ele assistia, em vez de tentar entender o que, de fato, eu não conseguia entender, a saber: por que ele queria queimar meu casaco, ou qual relação poderia haver entre o ritual de purificação e todas as coisas que eu ouvira a respeito dele da parte dos familiares? Em alguma medida, no contato com ele, eu repetira por mim mesmo seus comportamentos; eu próprio me comportara de modo bizarro, tendo em vista que não encontrara uma fórmula que satisfizesse todas as exigências que sobre mim naquele instante pairavam. E, se havia algo que eu devesse entender sobre o usuário, tal entendimento eu deveria poder construir a partir de mim, do modo como me senti compelido a fixar-me na realidade – dada a minha incapacidade para responder a todas as demandas. O que é o mesmo que dizer que eu não exageraria se afirmasse que a suposta psicose do usuário eu antes a vivi por mim mesmo, eu a vivi por meio das fixações que elegi como única alternativa em face das exigências de sentido que não podia responder.

Ora, não se desenharia aqui uma forma de ler a psicose que eu pudesse desenvolver como estratégia clínica? Não poderia eu considerar minha reação como um efeito da psicose do usuário a quem acolhi? Não seriam tais efeitos parâmetros mais confiáveis do que as especulações que eu pudesse fazer *a priori* ou a partir de um lugar exógeno às formações psicóticas? Por mais polêmica que essa estratégia machadiana possa parecer, ao menos tenho como dizer que, enquanto tratei as respostas do sujeito como matrizes para as minhas, fui capaz de sensibilizar o meio familiar em favor da inclusão de um modo peculiar de reagir à expectativa e à ambição, desenvolvido pelo próprio usuário, que é a fixação na realidade. Ademais, por conta de haver posto em evidência as fixações do usuário, involuntariamente construí uma hipótese simples, que estava ao alcance dos familiares e, pouco a pouco,

foi se mostrando extremamente relevante para entendermos as mudanças nas reações de nosso sujeito. Trata-se da compreensão de que, se alguém precisa fixar-se, tal se deve a que esse alguém possa estar sujeito a oscilações, as quais são para ele ameaçadoras. E as oscilações, no caso do nosso usuário, tinham que ver com a ambiguidade das expectativas que as pessoas produziam à sua volta. Por exemplo, as primas o queriam trabalhando na loja de que também eram funcionárias, mas também o queriam a distância; o avô tinha orgulho da insolência do neto, embora o tratasse com medo; a mãe via no filho um inválido, ao mesmo tempo que tinha muita esperança de que ele pudesse passar no vestibular, formar-se em engenharia e melhorar a condição econômica da família; eu próprio quis protegê-lo das exigências, mas não desisti de cobrar-lhe a presença na oficina do Caps, na associação de usuários... Enfim, as fixações que nosso usuário produzia, e até possibilitaram que nos aproximássemos dele, revelaram-nos que ele não suportava a ambiguidade implícita às exigências formuladas pelas pessoas.

E eis que se delinea para nós, aqui, um duplo horizonte, de intervenção e de reflexão, que mais do que uma solução consiste em uma possibilidade de investigação. Por um lado, intervir pode significar proteger, ante fixações seguras, os usuários submetidos a exigências que eles não podem suportar, provavelmente por conta da ambiguidade que comportam. Por outro, nós clínicos deveríamos poder desenvolver essa hipótese, contrapondo-a a outras formulações e, sobretudo, ao histórico de intervenções, de sorte a esclarecer temas como: por que a ambiguidade parece ao sujeito das formações psicóticas algo ameaçador, ao passo que para boa parte das pessoas ela é interessante? O que propriamente torna uma exigência algo ambíguo? Em que medida a fixidez suspende, responde, rechaça a ambiguidade?

Vamos suspender, por um instante, nossos relatos acerca de nossa experiência com o sujeito avatar para privilegiar algumas elaborações teóricas. Esse caso clínico⁵, bem como muitos outros,

retornará em vários momentos da presente obra, especialmente para denunciar nossos equívocos; afinal, na esteira de Michel Foucault (1963), acreditamos que a clínica, antes de ser o lócus de uma disciplina científica, é o espaço ético de crítica aos saberes. O que não significa que a própria prática clínica não mereça ser criticada. E talvez seja essa a principal função das reflexões teóricas. Mais do que “validar” ou “fundar” práticas, somos partidários da posição de Perls, Hefferline e Goodman (PHG, 1951)⁶, iniciadores da Gestalt-terapia, para quem, no contexto das práticas clínicas, a teoria não deve cumprir uma função epistêmica, mas crítica, funcionando como “marco diferencial” entre o já conhecido e o inédito. Somente assim ela poderá advertir o profissional sobre os limites entre a dogmática e a inovação, sobretudo a inovação que emerge da parte dos consulentes, dos usuários, enfim, dos beneficiários das intervenções clínicas. E é daí que nasce nossa simpatia por esta teoria – que se propõe estabelecer “marcos diferenciais” entre os saberes dos profissionais e as inovações dos consulentes – que atende pelo nome de self (PHG, 1951).

Ainda não é o caso de apresentar no pormenor a teoria do self. Ensaaiemos isso no decurso desta obra⁷. Cumpre agora resgatar, dela, em que medida dá guarida nossa intuição sobre a possível relação entre as fixações e a ambiguidade das demandas. E não é sem surpresa que encontramos, pela pena de Paul Goodman, a afirmação de que, nas psicoses, testemunhamos uma espécie de “rigidez (fixação)” (PHG, 1951, p. 34) em situações nas quais se pode observar a “aniquilação de parte da concretude da situação” (PHG, 1951, p. 235). Mas de qual situação os autores estão falando?

Tal como nós a lemos na obra de PHG (1951, p. 49), a expressão “self” designa o “sistema de contatos em qualquer momento”. Considerando que cada vivência de contato se define pelo “achar e fazer a solução vindoura” (PHG, 1951, p. 48), o self não é outra coisa que o escoamento temporal de uma situação pragmática noutra, sempre em torno de exigências atuais, para as quais cada

corpo busca uma solução a partir do que dispõe como recurso social presente, por um lado, ou fortuna de hábitos herdados, por outro. Inspirados na tradição fenomenológica – a qual, entretanto, procuram matizar a partir do pragmatismo norte-americano e da leitura merleau-pontyana de Husserl –, PHG empregam o termo “self” como sinônimo de “campo de presença” (*Prezenzfeld*). E assim como devemos poder distinguir, em um campo de presença, os dados presentes dos codados⁸ passados e futuros; em um sistema self discernimos as exigências e possibilidades atuais, por um ângulo, dos hábitos (passados) e das soluções (vindouras), por outro. Um sistema self, nesse sentido, está investido de ao menos três orientações, o que faz dele uma experiência eminentemente ambígua. E eis então que encontramos a primeira formulação gestáltica para a noção de ambiguidade.

Ambiguidade, portanto, diz respeito ao fato de que, na experiência de contato, as exigências comportam, implicitamente, uma expectativa relativa às soluções vindouras e à repetição dos hábitos. Cada demanda, na atualidade da situação, mais além da própria situação, articula uma expectativa sobre a copresença do passado e do futuro em torno dos dados sociais presentes. Cada exigência, mais além do conteúdo social que fixa, descortina um horizonte ambíguo, ao mesmo tempo destinado ao futuro e ao passado. E talvez seja essa ambiguidade o que torne as diferentes relações sociais experiências interessantes, surpreendentes – ao menos para aqueles que tentam explicar o que se passa com nosso usuário avatar. As relações sociais nunca encerram um só ponto de vista, pois elas abrem uma diversidade de perspectivas, o que de forma alguma é garantia de que possam ser satisfeitas, realizadas, enfim, concretizadas. Talvez pudéssemos inclusive especular que a impossibilidade de reuni-las é o que exige a transcendência, a passagem para outra experiência de contato, de sorte a podermos nos referir à vida como um sistema de contatos, ou sistema self. Isso, ademais, significa que cada experiência, por sua diversidade, é um todo aberto, qual *Gestalt*: quando uma dimen-

são é “figura”, as demais comparecem como “fundo”, alternando-se mutuamente, sem que possa haver entre elas síntese acabada ou posição absoluta. O que nos permite, enfim, formular em que sentido as demandas dirigidas ao nosso usuário podiam ser consideradas ambíguas. Dependendo do ponto de vista a partir do qual fossem consideradas, elas podiam articular uma intenção passada, uma expectativa futura, ou uma constatação presente.

Mas o que se passa com nosso usuário avatar? Aparentemente, é como se ele não conseguisse transitar pela ambiguidade característica dos contatos sociais a que está submetido. A diversidade de perspectivas não lhe parece interessante. Por que isso sucederia? Pergunta difícil de responder, pois ela exige que especulemos sobre “causas” psicossociais ou anatomofisiológicas que determinassem aquela aparente incapacidade, como por exemplo a existência ou não de outros casos de psicose na família, a ocorrência ou não de acidentes pré-natais ou puerperais envolvendo nosso usuário, a presença ou não de anomalias bioquímicas como a galactosemia ou fenilcetonúria, a caracterização ou não de distúrbios endócrinos, como o hipertireoidismo congênito, a possibilidade de anomalias cromossômicas, como a trissomia do 21 ou a trissomia do 18, a ingestão sistemática ou não de determinadas substâncias, a presença ou não de um vírus que tivesse ultrapassado a barreira hematoencefálica e assim por diante. E porquanto uma resposta conclusiva sobre as causas não necessariamente enseja uma terapêutica preferimos pensar que nosso usuário, nas situações em que está sujeito à ambiguidade das relações sociais, vive uma vulnerabilidade⁹ que o faz se ajustar de modo singular, qual seja, a fixação na realidade social de que dispõe.

Mas qual seria a vulnerabilidade? São os próprios autores que nos fornecem uma importante hipótese sobre a vulnerabilidade específica das relações de campo em que se produzem respostas psicóticas. Segundo PHG (1951, p. 235), pode acontecer de uma experiência de contato não dispor de uma das orientações temporais que a caracterizam, como se o passado, por exemplo, não

se apresentasse como fundo de orientação para as demandas ambíguas formuladas na atualidade da situação. Por consequência, diante de uma demanda que veiculasse, simultaneamente aos valores semânticos atuais, uma expectativa de futuro e a exigência de repetição de um hábito, o interlocutor poderia não compreender qual postura assumir ou repetir, uma vez que nenhuma orientação espontânea a ele se apresentasse. Ou, então, poderia ocorrer de nosso usuário não vislumbrar as expectativas formuladas pelo interlocutor, tendo em vista que o excesso de orientações espontâneas (ou formas habituais) vindas do passado o confundiria. Nessas duas situações, não seria estranho que o consulente se resguardasse de interagir, ou propusesse como resposta uma utilização bizarra da realidade, como se tal utilização pudesse fazer as vezes da dimensão ausente, ou da resposta esperada pelos interlocutores.

E eis que se configura aqui uma matriz para pensarmos a gênese psicossocial da psicose. Esta não seria diferente de uma experiência de campo em que as demandas formuladas na interlocução social (presente) não encontrariam o fundo (passado) de orientações habituais, ou, na via oposta, a psicose teria sua gênese na presença ostensiva de demandas que desencadeariam um excesso de orientações; de modo que, nos dois casos, tornar-se-ia impossível para o sujeito interpelado a transcendência na direção de um desejo (futuro). Reencontramos aqui a fórmula apresentada por PHG (1951, p. 235), segundo quem, nas psicoses, “parte da concretude” da experiência está “aniquilada”. Essa “parte” corresponde ao domínio de passado reclamado pelas demandas na atualidade da situação. PHG denominam de função *id* esse domínio de passado, o que é o mesmo que dizer que, em tese, nas psicoses a função *id* está comprometida ou vulnerável (seja por conta da falta, seja por conta do excesso). Essa formulação, entretanto, não pode se sobrepor ao que aprendemos com nosso usuário. Pois, se não é de todo estranho pensar que ao nosso usuário faltasse (ou sobrasse) um fundo de

orientação espontânea, conforme a hipótese de PHG, a falta (ou excesso) somente é denunciada pela presença (ostensiva, no caso do nosso usuário) de demandas sociais ambíguas. Ao mesmo tempo destinadas ao passado familiar e às possibilidades de emancipação de nosso usuário, as demandas exigem dele um repertório do qual ele parece não dispor, o que por fim nos faz crer que a hipótese genética de PHG precisa ser completada com uma hipótese pragmático-social que diz respeito à práxis da comunicação intersubjetiva.

Ademais – e talvez esta seja a questão mais importante –, a fixação em certos aspectos da realidade (discursiva) é para nosso usuário um ajustamento criador, a forma possível de enfrentamento às demandas que se lhe impõem. É preciso reconhecer, portanto, que nosso usuário produz algo apoiado em sua vulnerabilidade. Ele procura se ajustar criativamente diante de seu meio social. O que, por fim, nos remete à segunda formulação de PHG (1951, p. 34) sobre as psicoses, por meio da qual defendem tratar-se de comportamentos rígidos cuja característica é a fixação na realidade. Conforme o que aprendemos com nosso usuário, a fixação em personagens, repertórios, frases prontas, espaços e rituais defende-o do que ele não consegue compreender, assegurando um mínimo de comunicação social com aqueles por quem nutre sentimentos e com quem divide seu cotidiano. E eis então a base para uma clínica que, em princípio, trabalha em favor da salvaguarda e integração pacífica das tentativas de socialização dos sujeitos das formações psicóticas, bem como com vistas à identificação das demandas com as quais eles não podem lidar, o que só pode ser feito em parceria com os familiares e comunidade onde vivem aqueles sujeitos.

Na primeira parte de nosso livro, a partir de uma discussão com diferentes tradições de intervenção no campo da psicose, vamos ampliar as formulações de PHG, visando ensaiar uma compreensão gestáltica sobre a gênese, os diferentes modos de ajustamento e as diversas formas de intervenção nesse campo.

Usando casos remontados ficcionalmente, proporemos uma discussão sobre o sentido ético, político e antropológico de nossas intervenções e o papel da família e das instituições de saúde no acolhimento aos sujeitos das formações psicóticas.

Depois dos primeiros meses, o acompanhamento ao nosso usuário avatar, fosse nos atendimentos individuais fosse nos grupos e oficinas laborais, estava relativamente estabilizado. O acolhimento às construções delirantes, assim como as tentativas – nem sempre bem-sucedidas – de deslocamento das formulações menos sociáveis àquelas com maior poder de troca social, foi paulatinamente dando lugar a uma grande amizade. A família, agora mais consciente sobre o seu papel no desencadeamento das formações psicóticas do usuário, chamava-nos ao telefone com frequência, dessa vez para comunicar o que aos seus olhos parecia se tratar de um êxito. Entretanto, o quadro clínico da mãe piorou muito. Os rins – que já não funcionavam – começaram a necrosar; a fila de transplantes estava parada. E já não era possível ao avô poupar o neto da ambiguidade presente nas exigências laborais que dirigia ao rapaz, as quais dissimulavam o histórico de perdas daquela família. As esperanças de vida da mãe de nosso usuário diminuía e o avô não percebia o quanto esperava do neto que se incumbisse do sofrimento familiar. Se ao menos o avô soubesse por quem sofria; pois a perda da esposa, morta há alguns anos, ainda o perseguia qual sombra. O que o jovem neto poderia fazer pelo avô, dividido entre duas perdas? O que poderia fazer pela mãe, dividida entre a esperança (no filho) e a desesperança (de si)? E outra vez nosso usuário se pôs louco, como se nem mesmo os avatares o pudessem estabilizar. Ao contrário, por conta da irritação que geravam nos familiares, os delírios intensificaram as pequenas violências compartilhadas e a ambiguidade das relações afetivas, o que sinalizou para nós uma diferença que já havíamos reparado, mas não havíamos compreendido, entre as formações psicóticas (ou ajustamentos psicóticos funcionais) e a falência social dessas formações.

Noutras palavras, os não infrequentes episódios de descontrole provocados pela intensificação da ambiguidade nas demandas familiares, assim como pela flagrante decomposição emocional da família, mostraram haver uma diferença entre o ajustamento psicótico e o surto. Enquanto o ajustamento é uma utilização criativa da realidade para responder e fazer frente à ambiguidade das demandas, o surto é a ausência de realidade social que pudesse servir de base para os ajustamentos psicóticos. Mas em que termos a realidade social pode estar ausente? Que efeitos tal ausência desencadeia no sujeito? Não é nosso objetivo, neste momento de abertura do trabalho, aprofundar uma discussão conceitual sobre a diferença entre o ajustamento psicótico e o surto, ou sobre a gênese de um e de outro, inclusive sobre as diferentes formas de intervenção nos dois casos. Faremos isso mais à frente, em diferentes capítulos, de diversos pontos de vista, em especial nos capítulos terceiro, sétimo e décimo. Importa agora tão somente reconhecer, no surto, um exemplo de outro campo de interesse para a clínica gestáltica, o qual está associado ao significante *misery*. Vertido ao português como “aflição”, o termo *misery* designa na obra de PHG as situações de “sofrimento” causadas pela aniquilação dos dados sociais que integram determinado sistema self, o que nos levou a traduzir *misery* por “sofrimento”: estado de aflição por conta da inexistência de dados sociais nos quais as pessoas possam se apoiar. Exemplos de sofrimento: assim como a convalescença da mãe e a melancolia do avô pouco a pouco destruíam as referências familiares nas quais nosso usuário avatar se equilibrava, provocando um quadro de extrema instabilidade em que sequer os ajustamentos psicóticos tinham lugar, desastres e emergências provocam a aniquilação de referências humanas e geográficas, aniquilação essa vivida pelos sobreviventes desabrigados e desalojados como profundo estado de sofrimento antropológico. Do mesmo modo, o endividamento progressivo dos trabalhadores assalariados leva a um quadro crônico de desesperança econô-

mica que responde pelo nome de depressão, expressão radical de um sofrimento político, tal como as formas de poder desempenhadas pelas facções criminosas nos presídios reduzem os corpos dos presidiários à condição de vida nua, carne desprovida de prerrogativas e identidades sociais: sofrimento ético...

Os quadros de sofrimento podem ter diferentes motivos ou causas, como veremos na terceira parte de nossa obra. As emergências e desastres, o luto e o adoecimento somático podem provocar a destruição das representações antropológicas às quais alguém possa estar identificado. Eis o sofrimento antropológico. Já os conflitos socioeconômicos e a sujeição dos nossos corpos aos dispositivos de controle biopolítico exercido pelo capitalismo transacional podem levar a um quadro de sofrimento político: impossibilidade de ocupar um lugar nas relações de poder. Se, entretanto, formos vítimas da violência étnica ou de gênero, se ficarmos sujeitos ao poder soberano exercido em estado de exceção, como é o caso das vivências dos presidiários e dos pacientes em hospitais de custódia, seremos acometidos de um sofrimento ético. E as três versões do sofrimento – antropológico, político e ético – não fazem mais do que descrever a destruição dos valores, pensamentos e instituições compartilhados que constituem nossa identidade social, nossa identificação ao outro como função personalidade, segundo a linguagem da teoria do self.

De onde não se segue que pessoas acometidas de sofrimento ético, político e antropológico simplesmente sucumbam aos acidentes naturais, às formas de dominação biopolítica ou ao totalitarismo dos regimes que governam em estado de exceção. Mesmo nessas situações elas lutam para merecer, dos semelhantes, algum tipo de ajuda que possa lhes valer um mínimo de realidade. A essa luta denominamos de ajustamentos de inclusão psicossocial. Trata-se de genuínos pedidos de ajuda solidária por meio dos quais cada um poderá resgatar gratuitamente a humanidade que perdeu e sem a qual não pode estabelecer trocas sociais, menos ainda repetições e criações da ordem do desejo.

Esses pedidos, todavia, não têm em princípio objetos claramente formulados. Por mais que visem a coisas concretas na realidade, como comida, água, roupas, passagens para poder mudar de cidade ou visitar parentes, os pedidos demonstram uma perdição, como se não tivessem meta ou finalidade social definida. Os sujeitos desses pedidos, normalmente, não sabem sequer do que precisam: desconhecem direitos, protocolos de encaminhamento social, bem como se mostram incapazes de identificar suas reais necessidades. Muitas vezes, o pedido de inclusão está matizado por um luto em andamento, pela dor da convalescença, pela humilhação da exclusão social, pelo pavor da violência. De onde se conclui que o acolhimento a tais pedidos de inclusão implica uma atitude diferente da parte dos profissionais. Não se trata simplesmente de prover os sofrendores dos recursos materiais de que necessitam, segundo nossas suposições, ideologias ou políticas públicas às quais estamos identificados. Menos ainda investigar o êxito ou a funcionalidade social das “formas” (*Gestalten*) com as quais procuram responder às diferentes demandas afetivas a que estão submetidos, sejam essas formas ajustamentos psicóticos, neuróticos, antissociais, banais etc. Dessa vez, a figura no campo que se estabelece entre nós, profissionais, e os sujeitos dos pedidos de inclusão aponta na direção da oferta gratuita de uma posição de horizontalidade, com a qual os sujeitos em sofrimento possam ao menos reencontrar uma identificação antropológica, um mínimo de humanidade que lhes faculte organizar seus pensamentos, seus sentimentos, para que possam voltar a agir em defesa própria. Não que não devamos ou não possamos ajudá-los em tarefas concretas, mas não sem antes haver-lhes assegurado tempo e espaço para que formulem (com gestos e palavras) o que necessitam.

Ora, a intervenção que destinamos ao usuário avatar em sua casa, no momento em que o conhecemos, em que ele estava surtado, constitui um exemplo do que entendemos por acolhimento ao sofrimento, no caso dele, ético, uma vez que ele estava excluído

do campo do sentido, como se o que ele dissesse não tivesse nenhum valor social ou humano. Não podíamos compreender do que ele necessitava, tampouco reconhecíamos no seu meio social algo que o pudesse ajudar sem que isso implicasse uma violência. Ainda assim, criamos uma estratégia – delirante, por certo – que lhe valeu o tempo e o espaço para que pudesse, paulatinamente, recobrar o controle sobre suas respostas diante das demandas ostensivas a que estava submetido. Disso decorre que, se antes pudemos distinguir o surto do ajustamento psicótico, agora podemos distinguir uma clínica do sofrimento (por exemplo, por conta do surto) de uma clínica dos ajustamentos ou formas (*Gestalten*) de interação social, como é o caso dos ajustamentos psicóticos. E neste livro nosso objetivo maior é justamente apresentar nossa compreensão sobre estes dois empreendimentos clínicos que constituem a faceta mais psicossocial das clínicas gestálticas: a clínica do sofrimento e a clínica das psicoses.

Conforme acreditamos, os ajustamentos psicóticos são desvios a partir de um contexto de vulnerabilidade ética. Tomando como base a ausência ou o excesso de hábitos, nos ajustamentos psicóticos, os sujeitos (de atos) desviam-se na direção da realidade antropológica, na qual se fixam em suplência ao fundo habitual ausente ou presente, concomitantemente, em excesso. Já os ajustamentos de inclusão são sempre desvios a partir de um contexto de vulnerabilidade antropológica. Com base na ausência de representações sociais (que constituem a identidade antropológica de cada um), os sujeitos (de atos) desviam-se na direção de ações políticas, que não passam de pedidos de inclusão. A função do clínico – se é que podemos falar de uma – consiste em acompanhar os diferentes deslocamentos, de sorte a poder apoiar e acolher a singularidade das criações surgidas. Nesta obra, queremos dissertar sobre estas duas modalidades de desvio clínico, que denominamos de psicose e sofrimento, respectivamente.

A presente obra está intimamente ligada ao nosso histórico de participação em políticas públicas de inclusão social. Mas, em

contrapartida, está também ligada à nossa desconfiança com relação à militância, porquanto esta é sempre tributária das promessas ideológicas do estado de direito, as quais são responsáveis pela grande parte das práticas de exclusão social. Nossa escrita nasce de uma prática – exercida em consultórios particulares, na Atenção Básica¹⁰ e nos Caps – de escuta e acolhimento às psicose e às diferentes modalidades de sofrimento, mas se articula com base em uma pesquisa acadêmica rigorosa estabelecida dentro de uma universidade e de uma escola de especialização em Psicologia Clínica. Essas e outras ambiguidades exigiram de nós a interlocução constante com nossos pares, alunos e usuários, a quem, portanto, queremos manifestar nossa profunda gratidão.

Vale aqui destacar o apoio recebido da parte do Departamento de Filosofia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), no qual desenvolvemos várias pesquisas que hoje constituem o *corpus* do presente livro. Também queremos agradecer aos colegas e alunos do Instituto Müller-Granzotto de Psicologia Clínica Gestáltica. Com eles, as ideias e práticas aqui apresentadas ganharam vida. E ainda queremos mencionar os parceiros de diversas partes do Brasil, da América Latina e da Europa, que impediram que nossas melhores intuições virassem certezas.

PARTE I

CLÍNICA DAS PSICOSES:
OS AJUSTAMENTOS DE BUSCA