

ANÁLISE E TRATAMENTO PSICANALÍTICO DE ESTRUTURAS DISCURSIVAS

(Uma outra possibilidade clínica)

Ana Maria Rodrigues da Costa
Philip Leite Ribeiro
Vânia Gomes

CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

Este texto apresenta o resultado de um trabalho que reúne os autores há pelo menos três anos. Essa reunião deu-se em torno da proposta de tirar conseqüências clínicas de alguns operadores desenvolvidos por um entre eles¹.

O primeiro desenvolvimento se destinava a realização de tratamentos psíquicos em dispositivos institucionais, sendo constituído por uma revisão dos procedimentos psicoterápicos (indivi-

duais ou em grupos) e também um instrumento de análise institucional. Para tanto, servia-se da teorização dos 4 discursos de Jacques Lacan e propunha uma leitura diferenciada - que teremos oportunidade de apresentar mais adiante - do *discurso do mestre*.

Inicialmente, este instrumento foi denominado *análise de discurso*, tendo em vista o fato de estes tratamentos acontecerem em uma estrutura discursiva distinta daquela do *discurso psicanalítico*. Além disso, o nome inspirava-se em uma distinção apresentada por Jacques Lacan no *Seminário I*, quando diferenciava *análise do discurso* de

■ Psicanalista. Foi supervisora de equipes multidisciplinares de saúde mental da rede pública municipal e estadual - São Paulo - período 1983-1993.

■ ■ Médico Psiquiatra; psicanalista.

■ ■ ■ Psicóloga; psicanalista.

análise do eu, questão que remetia não só a um problema crucial da clínica psicanalítica, como também abria um discussão interessante no campo das psicoterapias.

Estes autores se reúnem em 1994, cada um com um problema clínico distinto e sob a regência desta estrutura se organizam para tirar consequência deste modo de operar. Agora, além das Psicoterapias e Análise Institucional, inclui-se a pergunta pela inclusão desses operadores na clínica do psiquiatra² e no trabalho do psicólogo em unidades hospitalares³.

Durante o estudo dos efeitos clínicos produzidos por este instrumento e tendo realizado uma análise da literatura psicanalítica e da lingüística, a denominação *análise de discurso* mostrou-se inadequada por dois motivos:

1. Ser excessivamente genérica, abrangendo em seu escopo uma grande quantidade de práticas díspares, algumas no campo da Lingüística e da Semiótica e outras que tentavam uma interseção entre este campo e a Psicanálise. Isso abria possibilidade de uma confusão entre o instrumento que estávamos tentando isolar, estritamente regido por operadores psicanalíticos, e o modo de análise desses outros instrumentos⁴.

2. Excluía do nome sua principal característica, isto é, sua operatividade clínica, sua propriedade de produzir transformações: duas delas particularmente interessantes: separar o simbólico do imaginário e o *sujeito do eu*. Percebemos, então, que além de estarmos desenvolvendo um instrumento de leitura e análise, este era também um modo de operar, uma ferramenta de tratamento.

Assim sendo, nomeamos esta clínica como: Análise e Tratamento Psicanalítico de Estruturas Discursivas (ATPED).

POR QUE DISCURSO DO MESTRE?

Em instituições de Saúde, a regência é do discurso médico. Sua forma estrutural é a do *discurso do mestre* (cf.Lacan,1992).

Muitos trabalhos que encontramos na literatura psicanalítica⁵ se encarregaram de mostrar os efeitos de alienação produzidos pelo discurso médico. Este se relaciona, de um lado com a doença como objeto de sua ciência, de outro com o saber médico, um conjunto de signos que permite identificá-la. Por vezes, exclui o doente, o sujeito e sua relação com seu sofrimento.

Como então introduzir conceitos psicanalíticos em uma estrutura completamente avessa às suas operações?

Observamos também que, muitas vezes, a psicanálise e os psicanalistas foram chamados a contribuir em programas de Saúde, especialmente em programas de Saúde Mental.

Esses pedidos variaram ao longo do tempo. Os psicanalistas foram chamados, ora como agentes de humanização das práticas estritamente asilares, ora como agentes de desalienação. Também

para incrementar os tratamentos psicoterápicos, ensinando estratégias clínicas e de diagnóstico, ou mesmo, como aconteceu nos idos dos anos 30-40, como sustentáculo de argumentação de cunho higienista, na linha de um saber sobre o desenvolvimento da sexualidade que permitiria educar e prevenir práticas sexuais perversas ou desviantes.

O que imediatamente se percebe é que, uma vez retirados do seu contexto discursivo, os conceitos psicanalíticos passam a produzir os efeitos da estrutura para a qual foram deslocados. Neste caso, terão efeitos similares, na melhor das hipóteses, ao do discurso médico.

Infelizmente, a entrada da psicanálise nas instituições de Saúde produziu inúmeros efeitos indesejáveis, para não dizer iatrogênicos. Isso ocorreu ao entrar pela via da psicanálise aplicada às instituições, quando tentou ser amalgamada ao saber psiquiátrico e foi tomada como visão de homem ou de mundo, ou ainda como referencial teórico de suporte para práticas psicoterápicas, isto é, como um saber aplicado.

Entretanto, houve uma outra via de entrada da Psicanálise nos trabalhos realizados no discurso médico. Desta vez, não mais como um saber, mas sim como um certo modo de operar que passamos a observar aqui e ali nos trabalhos de alguns psiquiatras e psicólogos. Observamos um outro modo de se relacionar com o discurso médico e um questionamento bastante agudo de seus limites e possibilidades⁶.

Isolando e estudando essa diferença, sustentada por esses profissionais, foi possível concluir que a psicanálise entrava aí, mas na medida em que estes sujeitos haviam sido tratados pelo *discurso analítico*.

Nossa proposta foi examinar estes efeitos produzidos também na clínica que sustentávamos e isolar os operadores responsáveis por sua produção.

Nosso trabalho difere, então, de uma psicanálise aplicada. Trata-se de tirar conseqüências de uma análise e daí derivar um instrumento clínico compatível com o discurso médico.

Os efeitos que observamos poderiam ser, genericamente, situados em dois grupos:

1- a suposição de um sujeito naquele que ali vinha buscar um tratamento (diferente de se relacionar com um outro, com um semelhante);

2- uma particular habilidade em desconstruir as formações imaginárias que barravam a passagem à função simbólica.

Dessa experiência foi possível concluir que estes efeitos (destruição das formações imaginárias que faziam obstáculo à função simbólica e reconhecimento da posição do sujeito no discurso) eram importantes tanto nos tratamentos psicoterápicos quanto nas intervenções em grupos e instituições.

O que nos levou a rever as teorizações de Lacan, acerca do *discurso analítico* e a relação deste com o *discurso do mestre*, e buscar uma forma de operar **nesta** e com **esta** estrutura,

$$\left(\begin{array}{c} S1 \\ \$ \\ S2 \\ a \end{array} \right)$$

na medida que ela privilegia a função do significante.

Entretanto, para fundamentar as razões da escolha do *discurso do mestre*, alguns passos são necessários:

1. No *Seminário 17*, Lacan (1992) vai caracterizar o *discurso do mestre* e dele derivar o *discurso analítico* como seu avesso. Começa retomando a dialética do senhor e do escravo de Hegel, neste momento elaborações de seu encontro com Kojév. Esse trabalho teve grande impacto, condicionando a leitura da fórmula do *discurso do mestre* numa única direção: a da submissão ao significante do discurso do Outro, a fórmula da dominação.

Este momento da obra de Lacan situa-se no calor do movimento de 68 na França, onde também, no campo da Lingüística, com Pêcheux, nasce o método de análise do discurso, que visava a análise do discurso político e o estudo da transmissão da ideologia (cf. Gadet & Hak, 1990). Vale também lembrar os trabalhos de Althusser (1980), acerca dos Aparelhos Ideológicos do Estado.

A ênfase na função de alienação, gerou um modo de leitura imaginário prenhe de ideologia, acabando por reificar a estrutura, tornando a função do S1 no lugar do agente, confundida com o mestre imaginário ou ainda com o enunciado de imperativos como a voz do Supereu.

Entretanto, o texto de Lacan vai em direção radicalmente oposta a estas interpretações que tentaram imaginarizar a estrutura.

Em primeiro lugar, Lacan define discurso como uma estrutura sem palavras, que produz laços sociais.

Além disso, durante todo o *Seminário 17*, é possível observar um movimento de balança, onde o texto percorre a função do S1 no lugar do agente, ora como alienação ao significante do discurso do Outro, ora como operador de separação. Na primeira via, a submissão ao significante que determina o sujeito, via dos ideais do eu e imperativos superegóicos. Na segunda via, a referência ao traço distintivo, pura diferença que permitirá orientar o sujeito, representá-lo na sua particularidade. Via do Nome do Pai, da castração.

A leitura desse seminário torna-se, por vezes, pouco facilitada pelo modo com que Lacan vai de uma via para outra, inúmeras vezes, nunca sinalizando esta passagem. Temos a impressão que estamos diante de um texto contraditório. No entanto, a contradição se desfaz na medida em que admitimos o tratamento da função do S1 no *discurso do mestre*, tanto na via da alienação, como na da separação (cf. Lacan, 1979, p. 193-204).

Assim, não é o texto que se contradiz, mas duas operações que agem em sentidos diferentes e que são responsáveis pela divisão do sujeito. O *discurso do mestre* caracteriza a relação fundamental de um significante, que representa um sujeito para outro significante. Na via da alienação o S1 representa o sujeito na direção de uma significação no discurso do Outro. Na da separação, o sujeito é regido pelo significante de sua diferença, destacado, portanto, do campo do Outro.

Nosso trabalho privilegia a função do significante operando como S1 na função de separação. Como isso é possível e o que aconteceu com a outra operação? Outros argumentos devem vir ao nosso encontro, na seqüência dos passos já citados anteriormente.

2. O desenvolvimento da função do S1 sofreu modificações importantes ao longo das teorizações de Lacan. Como nos faz lembrar Rabinovich (1993), o S1, nos seminários *RSI* e *Le Sinthome*, passa a representar o Nome do Pai e este é teorizado topologicamente como o quarto nó, que possibilita articular os três registros.

Para o instrumento que estamos desenvolvendo, tomamos o S1, como Nome do Pai em sua função de articulador dos registros. Isto quer dizer que também nos perguntamos pelos diversos tipos de suplências, quando esta função está perturbada.

A estrutura do *discurso do mestre* caracteriza as funções do significante em psicanálise: em primeiro lugar a de representar o sujeito, em segundo, a de permitir operar separações, desconstruindo o imaginário e separando-o do real e do simbólico.

Ora, o que nos garante permanecer na via da separação, se como sujeitos estamos submetidos ao fato de sermos constituídos em uma alienação fundamental? Isolar a função de separação é possível? Clinicamente, não estaríamos produzindo um deslocamento metonímico incessante ou ainda efeitos contundentes de comparecimento do Supereu?

O deslocamento metonímico só ocorre se o S₁, tomado como regência do discurso em questão, for um S1 qualquer do discurso do Outro. O efeito que produzimos é justo o avesso. Trata-se de metáfora, de posicionamento do sujeito no discurso.

Mas esta discussão fica pouco clara se não adicionarmos um terceiro grupo de argumentos.

3. O que deve, agora, ser apresentado é o axioma fundamental que define a ética que rege este trabalho e ao mesmo tempo possibilita as operações que descrevemos: **uma psicanálise tem conseqüências.**

Havendo sujeitos que passaram pelo *discurso analítico*, a relação destes com o significante não é mais a mesma. Constitui-se o sujeito em uma análise. Opera-se a castração tanto na via Simbólica quanto na Real.

Isto não significa que antes de uma análise não há sujeito. Há, mas não está constituído. Existem pontos onde o significante o submete, onde o sujeito perde sua diferença, pontos marcados pelo sintoma ou formações imaginárias, onde a função Nome do Pai está sendo feita por algum tipo de suplência, seja Imaginária ou Simbólica.

Desse modo, um sujeito constituído em uma análise saberá reconhecer um significante e também supor no outro um sujeito. Isto quer dizer que se estas operações não estão realizadas, não poderão reconhecer um significante na sua diferença, no seu sem sentido. Ao contrário, tentará incorporá-lo a alguma significação pré-estabelecida, não poderá isolar o contexto discursivo (o caso do sujeito em questão), do qual tal significante provém, porque estará às voltas com seu próprio contexto. O saber S₂ evocado será o de seu Outro. Na melhor das hipóteses, no caso do psicólogo ou do médico, um saber constituído pela sua disciplina de origem.

Alguém só pode supor um sujeito, na sua absoluta particularidade, quando também se reconhece como um. Caso contrário, supomos um outro (semelhante) e com todos os efeitos especulares, já tão bem conhecidos da relação eu a eu.

Então, se o *discurso do mestre* permitiu a Lacan delimitar o *discurso analítico*, este uma vez tendo operado, permite uma transformação no *discurso do mestre*. Outros efeitos podem, então, se verificar e são interessantes à clínica em instituições e à clínica psiquiátrica.

Neste momento, passaremos a apresentar algumas conseqüências clínicas observadas e teorizadas ao longo deste trabalho, cada qual em sua clínica específica.

1 - PSICOTERAPIA, GRUPOS E INSTITUIÇÕES

Como dissemos anteriormente, este instrumento (ATPED) nasceu entre o exercício de duas clínicas estruturalmente distintas. De um lado a clínica psicanalítica, de outro o trabalho em instituições de saúde mental e nas supervisões clínicas e institucionais de equipes multidisciplinares da Rede Pública de São Paulo.

De imediato, sabíamos que por razões estruturais era impossível uma cura analítica em um dispositivo institucional. Ao mesmo tempo, a familiaridade com os operadores psicanalíticos nos auxiliava no discernimento de problemas clínicos contundentes. Entretanto, não podíamos deixar de sustentar uma questão insistente: Se não era a função-analista que produzia efeitos de um tratamento na instituição, de que função, então, se tratava? Quais seus limites? Quais suas condições de operatividade? Foi sustentando essas perguntas que trabalhamos com os problemas clínicos que se apresentavam.

O que, imediatamente, comparecia ao analista, quando chamado a contribuir em programas de Saúde Mental, eram questões relativas a condução dos tratamentos psicoterápicos, problemas

de organização do dispositivo institucional, dificuldades na implantação de programas clínicos.

No que tange às psicoterapias, este modo de pensar nos levou a dar os seguintes passos:

a - Separar Psicoterapia de Psicanálise, pela natureza das operações que se realizam em uma e em outra; não apenas por elementos de natureza imaginária como número de sessões, no consultório ou na Instituição, mas sim mostrar que se tratam de modos diferenciados de operar com o discurso e de funções psíquicas distintas.

b - Concluir que as psicoterapias que se desenvolveram a partir da psicanálise, tanto quanto as que vieram da filosofia (gestalt, fenomenologia, *dasein analyse*, por exemplo), tratam do reestabelecimento do que em psicanálise designamos como funções do eu. Ora, sabíamos, pelo que nos ensinava a clínica psicanalítica, da função de desconhecimento e alienação que desempenha o eu. Portanto, o eu não devia ser reforçado, mas sim tratado, separando-o do sujeito. Separando, então, o imaginário do simbólico. Ao mesmo tempo em que isolávamos as operações que percorriam apenas um dos movimentos da constituição do sujeito (efeitos de captura especular, submissão aos significantes do discurso do Outro), separávamos também as operações próprias do *discurso analítico*.

Concluimos que, ao operar um tratamento psíquico nesta via da Análise e Tratamento de Estruturas Discursivas, onde rege a função do significante, não haveria mais uma aderência da função simbólica ao imaginário favorecendo um descolamento do sujeito do eu. Ao mesmo tempo, um reposicionamento do sujeito em relação ao seu imaginário (aqui constituído pelo discurso do Outro) possibilitava uma remissão do sintoma que tinha levado aquela pessoa a

pedir tratamento. Havia alterações da posição de gozo no discurso, uma clara diminuição do sofrimento, embora não fosse possível tratar o gozo como faríamos em uma psicanálise.

c - Essas operações são distintas das que se realizam em uma psicanálise. Na psicanálise, trabalhamos a constituição do sujeito em seus pontos decisivos, a saber, a Castração tanto na via do Simbólico (via do significante), quanto na via do Real, situando os impossíveis na estrutura. Operamos tanto na via do recalçado (via discursiva, das formações do inconsciente), quanto na via dos objetos (via do fazer, dos movimentos pulsionais, do gozo). Só pelo tratamento dessas duas vias, podemos falar na constituição do sujeito na sua independência, na sua diferença, visto que, uma via implica necessariamente a outra.

Em relação aos tratamentos realizados em dispositivos grupais, o conceito de discurso possibilitou soluções interessantes.

As psicoterapias de grupo em geral, especialmente as que tinham uma origem psicanalítica, viam-se às voltas com um grave problema em suas teorizações. Poderíamos atribuir essas dificuldades ao fato de encontrarmos a falta de um elemento articulador entre o grupo e o "psíquico individual". Dificuldade esta devida a uma cisão entre mundo "interno-externo", "eu - meio ambiente". Assim, ora se supunha o grupo com uma entidade dotada de um psiquismo isomórfico ao do indivíduo, ora se tratava de fazer terapias individuais em espaço coletivo. Ou ainda, as tentativas problemáticas que buscavam caracterizar o espaço grupal através do conceito de grupalidade.

Nessas vias, ou não eram tratados os fenômenos grupais (discursivos) que produziam efeitos sobre os sujeitos que estavam sob sua jurisdição; ou não era

operada a separação das questões de cada um, em relação ao discurso sustentado por aquele grupo. Ou seja de uma forma ou de outra, até era possível percorrer a via da alienação, mas não havia possibilidade na estrutura de operar a separação.

Na medida que introduzimos o conceito de *discurso*, estamos interessados não mais nos pontos dicotômicos, mas na relação que vige entre eles. Isto nos é possibilitado pelo conceito de laço social produzido pela estrutura. Dessa maneira, sujeito e Outro, o um e o coletivo são elementos da estrutura. Trabalhando com o Discurso podemos dispensar o conceito de grupo e com ele também todas as aporias que advinham de operar nesta referência imaginária.

Assim, vamos tratar o discurso, o tipo de laços sociais que aí comparecem e os diferentes efeitos produzidos nos sujeitos desse processo. Poderemos também ter acesso às formações imaginárias responsáveis por alguns fenômenos grupais típicos. Ao mesmo tempo, poderemos responsabilizar cada um dos participantes pela sua fala pelos efeitos que ela produz, analisando a posição discursiva deste que fala e que Outro ele constitui como parceiro imaginário, além de separar daí o que é particular.

Tomando o grupo como discurso, podemos tirar conseqüências para os trabalhos de análise institucional.

Aqui tratamos questões, não mais de uma pessoa, mas de um profissional ou de uma equipe. O problema a ser tratado pode ser desde a discussão de um caso clínico até a implantação de um projeto ou mesmo dificuldades referentes a otimizar o aproveitamento dos recursos em um grupo de trabalho.

Serão analisadas as relações de cada profissional com sua função específica, sua história profissional, o

imaginário que sustenta na instituição, em relação a sua pessoa e aos efeitos que produz com seu trabalho. No caso de profissionais que pretendem operar um tratamento psíquico a análise se detém nos operadores escolhidos e no que pretende com eles tratar, examinando a compatibilidade deles com os efeitos a serem produzidos. Também se recolocam o campo e limites de cada disciplina, na medida que o imaginário é desconstruído; separamos, assim, os restos de aspectos subjetivos de cada um que vem aderir nos momentos discursivos, onde comparecem dificuldades em simbolizar Real a ser tratado.

Desse modo, pode ser tratado também o imaginário institucional que produz efeitos indesejáveis sobre o sujeito no caso, às vezes, produzindo impedimentos ao bom andamento de um tratamento.

Este instrumento tem conseqüência também para o ensino da Psicanálise. Embora não seja este o momento de discorrer a respeito, é importante nomear que se trata de um modo que difere daquele que se preocupa em transmitir a psicanálise como um saber. Aqui, trata-se de separar aquilo que intervém, atrapalhando alguém que tenta se apropriar de um conceito psicanalítico para com ele operar uma clínica. Implica em examinar o conceito, rigorosamente, em seus limites e estabelecer por quais operações clínicas ele é responsável. Ao mesmo tempo, se analisam as dificuldades deste profissional em particular para torná-lo operatório.

Obviamente, cada uma dessas possibilidades clínicas nos colocam diante de inúmeros problemas específicos. Mas a nosso ver é importante deixá-los surgir. Só assim poderemos tratá-los e permitir que novas perguntas compareçam.

2 - A PSIQUIATRIA, O SUJEITO E A ESCUTA.

Falar da psiquiatria que exerce é incluir nesta clínica a proposta, pela ATPED, da reconstituição da posição original de um paciente, que aqui é também falante. O original é aí colocado em seu duplo sentido, posto que é deste lugar primeiro de origem, que este paciente fala, mas também original pela particularidade da retirada de uma função da psicanálise, a da Escuta, e das possibilidades da mesma operando no campo psiquiátrico.

O modo de trabalharmos seria melhor elucidado com a análise de duas hipóteses que, se em momentos diversos tendem a correr em sentidos e direções não compatíveis, nessa clínica podem ter a mesma direção. Marco aqui a palavra direção, dado o sentido, em termos vetoriais, de uma cura. Sentido distinto nos campos referenciados (Psicanálise, ATPED e Psiquiatria).

Hipótese 1 - do psiquiatra

Chega ao psiquiatra o doente... não nos esqueçamos que classicamente o objeto de estudo da medicina é a doença e a função primeira deste psiquiatra é "desvendar" a doença que o paciente apresenta.

Procura-se um médico quando algo não está bem. A este algo o médico nomeia doença. A doença é um modelo aplicado pelo psiquiatra na tentativa de compreender certa realidade. No evoluir de sua conceituação várias áreas do conhecimento médico apresentaram contribuição importante: epidemiologia, bacteriologia, anatomia, neurologia e quantas mais.

O modelo de pesquisa da doença formula sua propedêutica, impõe-se que a partir de uma certa realidade a ser tratada, questões sejam feitas, respondi-

das e desta forma o diagnóstico é construído. Apresenta as clássicas características do modelo científico, a realidade analisada é passível de ser comprovada.

Ao se fazer um diagnóstico de Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC), por exemplo, isto implicará uma terapêutica, uma evolução e um prognóstico. A hipótese desencadeada pelo modelo médico passou, contudo, por certas evoluções. Os códigos de classificação das doenças, como a CID e o DSM, mantêm-se dentro de grande rigor científico, porém adverte o mais recente, o DSM-IV, da impossibilidade de se fazer todos os diagnósticos com base em seus critérios. Cria também vários eixos em que morbidades podem coabitar em um mesmo doente. Vivemos um explosivo modelo de co-morbidade. Retirado do DSM-IV: "O médico que utiliza o DSM-IV deve, portanto, considerar que os indivíduos que compartilham de um diagnóstico tendem a ser heterogêneos até mesmo em relação aos aspectos definidores do diagnóstico e que os casos limítrofes serão difíceis de diagnosticar de qualquer forma, exceto de um modo provável."

Segue abaixo o Modelo Multiaxial:

AVALIAÇÃO MULTIAXIAL

EIXO I

TRANSTORNOS CLÍNICOS

EIXO II

TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE / RETARDO MENTAL

EIXO III

CONDIÇÕES MÉDICAS GERAIS

EIXO IV

PROBLEMAS PSICOSSOCIAIS E AMBIENTAIS

EIXO V

AVALIAÇÃO GLOBAL DO FUNCIONAMENTO

Interessa ao médico-psiquiatra, quando formula o diagnóstico de uma depressão, vários fatores, entre eles:

1. se com ou sem sinais ou sintomas psicóticos;
2. se há ou não risco de suicídio;
3. se leve, moderada ou grave;
4. se recorrente ou não, etc.

Também se pergunta se há estressores outros envolvidos no processo. Analisando os códigos, os estressores podem ser das mais variadas ordens.

A terapêutica, contudo, sob o predomínio do modelo biológico, também vê o doente como um tipo de "andróide evoluído" povoado "por sinapses mal organizadas"... Há ali um defeito a ser corrigido e a cada doença é dado um predomínio de um neurotransmissor ou uma "melange" de defeitos múltiplos. Direciona-se, então, a terapêutica para a sinapse e para a reconstituição da mesma. O diagnóstico é avaliado, exames acessórios são necessários, escolhe-se um medicamento, este é introduzido, efeitos colaterais são discutidos, um retorno é marcado.

A gravidade de uma situação pode demandar a inserção da família no tratamento, ou mesmo gerar a internação de um paciente.

O descrito é parte da prática psiquiátrica.

Porém, quais seriam as possibilidades, entre a associação desta a uma *escuta* outra, que poderiam redimensionar a clínica psiquiátrica? E sob o rigor ético, sem interferir e promover uma psiquiatria "psicodinamícoide" que, se produzida, impede o psiquiatra de exercer sua atividade médica.

Hipótese 2 – a introdução da *escuta*

Assim como na hipótese 1, algumas condições devem ser preenchidas. Primeiro, aquele que *escuta* deve, além de médico, operar a função da *escuta*, possível apenas através de sua consti-

tuição como sujeito. A *escuta* não impede o diagnóstico psiquiátrico, apenas o diferencia, pois permite que aquele paciente tome outra qualidade de falante. Podemos aí supor um sujeito e seu **assujeitamento** ao discurso do Outro. Tal enfoque permite a releitura das causalidades e dos estressores, bem como de alguns diagnósticos tidos como excessivamente difíceis, que caem no enquadre borderline. A clínica psiquiátrica poderia se reestruturar e se tornar mais potente. Separa-se e trata-se melhor o que é efeito colateral de um medicamento e o que é atuação do paciente, por exemplo.

A constelação familiar se vê submetida a uma leitura rápida e precisa. A leitura da posição do sujeito dentro da estrutura é fácil e permite lidar com situações de encaminhamento de forma mais efetiva.

Essa *escuta* autoriza não somente uma melhor “leitura” do caso, mas pela necessidade de em alguns momentos da clínica psiquiátrica se convocar o **outro**, saber o que se está fazendo, permitindo um posicionamento mais claro do médico.

Com clareza ficam também a brevidade desta exposição e as limitações do campo.

Haver no médico um sujeito constituído, não o autoriza a convocar o suposto sujeito, caso o fizesse, estaria convocando o **outro**, seu parceiro imaginário e a resposta seria desastrosa. O que marca a diferença é convocar, entretanto, sabendo a quem se convoca. Este simples diferencial já possibilita ao psiquiatra descolar-se do imaginário ali vigente. Ficamos, desta forma, com a possibilidade de separar o paciente de sua doença, em seu contexto discursivo.

Antevê e marca pela pontuação as inconsistências daquele discurso trazido, oriundos de sua submissão ao discurso do Outro. Essas pontuações po-

dem barrar eficazmente o ganho secundário e auxiliar na implicação de um paciente em um tratamento. Contudo, é uma *escuta* que, inserida na clínica psiquiátrica, corre em paralelo.

Há várias distinções a serem feitas, por exemplo, a pontuação é marcada de outra posição que não a do analista. Outras vezes é escutada, mas não está o psiquiatra autorizado a marcá-la.

Se as condições possíveis de uma psicanálise são:

- sujeito suposto saber
- o significante da transferência
- formulação da questão do paciente.

O que ocorre pela via da ATPED, é possibilitar que o paciente formule suas questões dentro dos limites de um campo que, ao contrário da psicanálise, não pode constituí-lo como sujeito, contudo pode posicioná-lo frente as questões de sua doença, sua eventual causalidade, sua recorrência (quando esta existe), sua hereditariedade...

A via proposta pela hipótese 2 é talvez uma das únicas vias que permite ao paciente um descolamento da genética, que hoje é tida como soberana pela Medicina e se apresenta como algo ameaçador, vindo do Outro. Pode, dentro desse campo, permitir que um paciente formule algumas questões sobre sua ancestralidade. Entretanto, se este paciente vai ou não tentar entender sua ancestralidade, dar sentido a mesma, desconstruí-la ou o que seja, isto fica por conta de um eventual trabalho com um analista.

Todo o contexto citado se insere na direção da cura psiquiátrica... e ao fim e ao cabo o que quer um médico é curar... e curar pela hipótese 1 é eliminar o sintoma e restabelecer um certo grau de funcionalidade.

Já foram citados nos parágrafos anteriores algumas das conseqüências de uma possível cura pela hipótese 2,

no entanto, resta destacar que outros operadores do discurso médico passam a ter melhor abordagem.

A título de exemplificação citarei uma situação já, várias vezes, presenciada quando em pequenas conversas aproxima-se um colega e fala sobre as dificuldades de um paciente, que ameaça abandonar um tratamento ou mesmo se matar. Questiona os colegas sobre o que fazer e diz frases do tipo "Não sei se devo pegá-lo no colo ou encarar isso como uma atuação".

Obviamente, sem se esquecer do saber psiquiátrico, outras funções neste exemplo estão em jogo, entre elas uma que denominamos **função desejante paterna**. Sublinhamos o não esquecimento do saber psiquiátrico, pois, por vezes, o psiquiatra é convocado a um lugar exatamente para atuar e retirar o paciente de uma atuação. Exercer a função desejante paterna associada à Psiquiatria implica em um modelo da seguinte ordem: supor mesmo no mais grave dos "insanos" e, particularmente, nos mais graves, um sujeito. Há que se tentar, mesmo no mais "comprometido", exercer essa função temporariamente em suplência.

Porém, quando o psiquiatra passa a exercê-la constantemente promove seu acolamento à doença e se vê impedido de agir. Saber que, quando se fala a um deprimido sobre a eventual melhora de sua doença com o uso dos medicamentos, pode ser "apenas falar" quando não se percebe a função que se opera e o lugar de onde se opera.

Tentamos com este trabalho reposicionar uma clínica que passaria da prática à práxis, partindo-se do pressuposto de que **uma psicanálise tem consequências**.

O que pode parecer complexo ou mesmo bizarro opera, contudo, dentro de um rigor ético.

O diagnosticar, o tratar e o *escutar*

permitem ao paciente separar-se de algumas de suas questões e, mesmo, formular novas, particularmente no que interessa a condução do tratamento: questões sobre sua doença, sobre o uso de medicamentos, sobre sua implicação no tratamento.

De tal sorte que a introdução da *escuta*, operador psicanalítico, transforma o modelo psiquiátrico clássico.

Falemos então da transformação:

DOENÇA NOMEADA + TRATAMENTO + PROGNÓSTICO com ênfase distinta. A doença pode vir a ter outro significado ao paciente e por vezes para se manter, em situações extremas, um paciente vivo, deve-se permitir que este signifique sua doença, para posteriormente simbolizá-la. O tratamento deixa de ser uma imposição de um outro, passando a fazer parte de suas escolhas. Na questão referente ao prognóstico, o discurso médico é obrigado pela ATPED a produzir a seguinte metáfora....

Pergunta o paciente: "Bem, Dr. esta é a doença e o tratamento, mas e o prognóstico?" Pergunta já escutada, vinda tanto de portadores de TOC grave quanto de esquizofrênicos. A resposta seria simples: o prognóstico quem o faz é o sujeito, sendo o papel do psiquiatra exercer algumas funções para que este seja o melhor possível, mas em já sabendo tratar-se de um parceiro imaginário que pergunta, a resposta pode ser da seguinte ordem:

"O prognóstico, falaremos disto muito detalhadamente. O saber psiquiátrico e a estatística têm muito a nos oferecer. Creio ser importante, contudo, que pense também que é você que faz seu prognóstico e nesse percurso posso acompanhá-lo, caso seja necessário."

Foi apresentado neste pequeno espaço alguns dos recursos desta clínica, todavia deixo claro que o saber mé-

dico mantém papel na Psiquiatria, aqui não falamos de psicologizá-la, mas de potencializar seus efeitos.

3 - A ESCUTA NA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

Certa vez, um usuário de uma unidade de saúde pública justificou sua procura pelo serviço de saúde mental afirmando: "Se a senhora disser que eu não sou louco, então ninguém mais vai dizer que eu sou. A senhora é a doutora da prefeitura. Se a senhora diz que eu não sou louco, o governo diz..."

Dá o que pensar... ideologia, saber, transferência, enquadre, demanda, todas as grandes questões que habitam a prática profissional na saúde pública.

Interessa-nos, entretanto, levantar um ponto fundamental para a construção de uma clínica de saúde mental e a inserção do psicólogo autorizada por uma *escuta psicanalítica*, neste contexto.

A prática em uma instituição médica se constrói como efeito de um discurso. Uma clínica fundamentada em conceitos psicanalíticos, que privilegia o sujeito, só pode se sustentar neste lugar, resgatando a função do significante, operando com o discurso, a fim de produzir novos efeitos.

Tal efeito pode ser descrito no caso de um menino de 12 anos com indicação de amputação do pé direito, que desperta um sentimento de solidariedade penalizada em todos os profissionais, articulado insistentemente: "Coitadinho, ele queria tanto jogar futebol. Agora, não vai poder mais." Nunca pôde. Seu problema era congênito. Sua mãe procurou diferentes médicos, tentando evitar a amputação do pé de seu "filho homem que nunca jogou futebol".

Ao mesmo tempo, o paciente entristece e critica o comportamento de

outros meninos (fala sobre sua vontade de jogar futebol, pergunta se seu pé vai crescer, mesmo sabendo que não, etc) uma auxiliar de enfermagem o ensina a fazer tricô.

O discurso institucional produz uma trama que articula "coitadinho-tricô" X "jogar futebol" e tem como efeito o apagamento do sujeito e o questionamento de sua masculinidade. Além disso, acentua aspectos fantasmáticos, deixando a criança a mercê tanto das expectativas maternas quanto das fantasias de castração imaginárias.

O que a escuta possibilita neste caso?

Cria uma estratégia que permite intervenções neste discurso, que opera em diferentes níveis:

a) Na relação mãe-criança, permitindo tratar a negação que esta mãe fazia do problema de seu filho e separar a criança do sintoma materno.

b) No âmbito da equipe (enfermagem e auxiliares) - tratar este discurso penalizado que fixava a criança em sua fantasia de incapacidade.

c) Com a criança - tratando sua relação com a cirurgia que irá sofrer, suas fantasias a respeito e separando disso suas questões acerca de "ser um menino". Observe-se que não se operou com o fantasma, nem foram tratadas as questões deste sujeito relativas à identificação sexual. Apenas se operou um discernimento, produzindo um efeito de separação onde os participantes da situação terão que se haver cada um com suas questões. O que é interrompido é um laço imaginário que favorece tomar um outro como objeto de gozo.

PARA CONCLUIR:

Tendo apresentado sucintamente este modo de pensar e operar uma clínica, resta-nos dizer que nosso esforço

para caracterizar esta clínica que fica na fronteira entre a Psiquiatria e a Psicanálise, tem em vista buscar operadores para a identificação e tratamento dos quadros psicóticos.

Foi neste limite que encontramos os psicóticos, e aí reconhecemos uma área da clínica que foi deixada ao abandono. Nossa pesquisa, agora equipada com ferramentas e método, pode prosseguir estudando a clínica da psicose o que implica a revisão da nosografia psiquiátrica por um lado e das teorias psicanalíticas por outro.

E é neste limite que colocamos nossas questões para fazê-las trabalhar. Uma coisa sabemos: trata-se de uma fronteira possível. ■

NOTAS

¹ Ana Maria Rodrigues da Costa. Tratava-se de um instrumento clínico próprio para Instituições de Saúde e Análise Institucional. Trazia o conceito de “Feitos Discursivos” depois incorporado no conceito de “Formações Imaginárias”. Anais de II COMPSIC.(1992). Mesa Redonda “O Psicólogo na Equipe Multidisciplinar”. Nos Arquivos do CEFOR. (1991-2) o texto “Produtividade, Eficácia, Eficiência”, apresentado na reunião dos supervisores de equipes de Saúde Mental da Secretaria de Saúde, em convênio com o Instituto de Psicologia da USP .Estes operadores também foram desenvolvidos em aulas ministradas no curso de especialização e aperfeiçoamento oferecido no “Lugar de Vida” (Instituto de Psicologia da USP), respectivamente: “Psicanálise e Instituição” e curso de aperfeiçoamento “Tratamentos Psíquicos em Dispositivos Grupais” (1996-97).

² Philip Leite Ribeiro

³ Vânia Gomes

⁴ Ver por exemplo:

GADET, F., HAK, T. (orgs.) (1990). *Por uma análise automática de discurso. Uma introdução à obra de Michel Pêcheux*. Campinas: Unicamp.

LOZANO, J., PEÑA-MARIN, C., ABRIL, J. (1989). *Análisis del discurso : hacia una semiótica de la interacción Textual*. Madrid: Catedra.

LEITE, N. (1994). *Psicanálise e análise do discurso: o acontecimento na estrutura*. Rio de Janeiro: Campo Matemático.

PÊCHEUX, M. (1990). *O discurso : estrutura ou acontecimento*. São Paulo: Pontes [1988].

MAINGUENEAU, D. (1989). *Novas tendências em análise do discurso*. São Paulo: Pontes.

⁵ Ver por exemplo : CLAVREUL, J. (1983). *A ordem médica, poder e impotência do discurso médico*. São Paulo: Brasiliense [1978].

⁶ Ver por exemplo: BALTAZAR, M. L. (1986). *Síndrome de Capgras e Folie à Deux: contribuição ao estudo dos processos de identificação*. Dissertação de Mestrado em Psiquiatria. Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo.

⁷ *Discurso* será tomado, neste trabalho, em dois sentidos: discurso como um acontecimento linguageiro que inclui uma fala e seu contexto e como uma estrutura sem palavras que produz laços sociais. Para este último sentido ver os Seminários 17 e 20.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALTHUSSER, L. (1980). *Posições 2*, Rio de Janeiro: Graal.

LACAN, J. (1979). *O Seminário 11. Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar [1964].

_____ (1982). *O Seminário 20. Mais ainda*. Rio de Janeiro: Zahar [1972].

_____ (1992). *O Seminário 17. O Avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar [1969-1970].

LIPSCHUTZ, S. (1971). *Topologia geral*, Rio de Janeiro: Mc Graw-Hill do Brasil [1965].

RABINOVICH, D. (1993). Suplencias del Nombre del Padre. In: *La angustia y el deseo del Otro*. Buenos Aires: Manantial, p. 145-189.