



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



Nara Amaral de Omena

**A Clínica de Família no Centro de Atenção Psicossocial III:
psicose e Configurações Vinculares**

**UBERLÂNDIA
2014**



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**



Nara Amaral de Omena

**A Clínica de Família no Centro de Atenção Psicossocial III:
psicose e Configurações Vinculares**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia Aplicada.

Área de Concentração: Psicologia Aplicada

Orientador(a): Prof^a Dr^a Anamaria da Silva Neves

**UBERLÂNDIA
2014**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

O55c Omena, Nara Amaral de, 1970-
2014 A clínica de família no centro de atenção psicossocial III : psicose e configurações vinculares / Nara Amaral de Omena. - 2014.
108 f.

Orientadora: Anamaria Silva Neves.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia,
Programa de Pós-Graduação em Psicologia.
Inclui bibliografia.

1. Psicologia - Teses. 2. Saúde mental - Teses. 3. Psicoses - Teses.
4. Psicanálise - Teses. I. Neves, Anamaria Silva. II. Universidade Federal
de Uberlândia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

CDU: 159



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**



Nara Amaral de Omena

**A Clínica de Família no Centro de Atenção Psicossocial III:
psicose e Configurações Vinculares**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia Aplicada.

Área de Concentração: Psicologia Aplicada

Orientador(a):

Banca Examinadora

Uberlândia,

Prof^a. Dr^a. Anamaria da Silva Neves
Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

Prof. Dr. João Luiz Leitão Paravidini
Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

Prof. Dr^a. Isabel Cristina Gomes
Universidade de São Paulo – São Paulo, SP

Prof. Dr. Lazslo Antonio Ávila
Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – São José do Rio Preto - SP

**UBERLÂNDIA
2014**

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Profª Anamaria Silva Neves por me acompanhar nesse projeto, proporcionando momentos de aprendizagem.

Aos meus amados pais, Marta e Antônio.

Aos irmãos Carlos, Henrique e André pela amizade.

As sobrinhas e afilhadas: Ana Carolina, Ana Cecília, Luísa e Mayara pelas alegrias.

À Gisa e à Sirley.

As amigas Christina, Cimara, Leninha e Patrícia pelo companheirismo e pelos encontros.

À Leninha pelo abstract.

Aos professores João Luiz Leitão Paravidini e Joyce M. Gonçalves Freire e a Profª Isabel Cristina Gomes pelas contribuições na banca de qualificação e defesa.

Aos colegas do eixo da intersubjetividade do programa de pós-graduação: Christina, Layla, Linsei, Sibele, Thalita pelas trocas realizadas durante o curso.

À Gislene Andrade Santos por me acompanhar nas minhas dores e no meu crescimento.

À Ana Patrícia Rosa que me auxiliou a pensar a clínica.

À equipe do CAPS III, em especial, Alexandra e Lorena, parceiras na escuta das famílias. A Elizabeth, Marilene e César Augusto pelo incentivo.

À Ilka minha admiração pelo respeito ao estar com o outro.

À família da pesquisa.

As amigas desde o tempo de graduação: Ana Paula, Cláudiana, Maria Lúcia, Waleska, Simone.

Aos queridos primos, primas, tios e tias das famílias Amaral e Omena que acompanham minha trajetória e sempre torcem por mim. À Tia Nelize pela revisão e pelo carinho.

RESUMO

A presente pesquisa teve como objetivo analisar os vínculos de famílias atravessadas por uma crise psicótica e o que advém desta crise no atendimento institucional em CAPS, tendo como enfoque a clínica vincular. O recorte proposto é a clínica de família por apreender a família como fundante da subjetividade do sujeito, mediadora entre o sujeito e a sociedade, essencial no trabalho com a psicose e consonante com as práticas de cuidado na atenção psicossocial em saúde mental. A metodologia utilizada foi o estudo do caso clínico, baseada no método psicanalítico de investigação. A partir da análise do caso apresentado, discutiu-se os vínculos familiares e o atendimento da família. Percebemos que o grupo de familiares, foi um importante dispositivo de cuidado para a família, a partir da escuta de seu sofrimento. Assim como a terapia familiar possibilita, de modo singular, o acontecimento e a intervenção sobre a configuração vincular própria da família, acreditamos que a terapia familiar no CAPS, com enfoque nas configurações vinculares, é fundamental para orientar a prática de cuidados em saúde mental.

Palavras chave: clínica de família, CAPS, psicose, configurações vinculares.

ABSTRACT

The objective of the present research was to analyze the links of families crossed by a psychotic crisis and the outcome of such crisis in the institutional care at CAPS (Centers of Psychosocial Attention), having the linkage clinic as focus. The framework proposed is the family clinic, apprehending the family as a founder of the subjectivity of the subject, a mediator between the subject and society, essential in the work with psychosis and consonant with the practices of care in the psychosocial attention in mental health. The methodology used was study of a clinical case based on the psychoanalytic method of investigation. From the analysis of the case presented, the family links and the family care were discussed. We have noticed that the group of family members was an important care asset for the family, from the listening of their suffering. Just as family therapy allows, in a unique way, the event and the intervention on the link configuration typical of the family, we believe that family therapy at CAPS, with the focus on link configurations, is essential to orient the practice of mental health care.

Keywords: family clinic, CAPS, psychosis, linkage configurations.

SIGLAS

AT – Acompanhante Terapêutico

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

Raps – Rede de Atenção Psicossocial

SUS – Sistema Único de Saúde

UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	01
1. CAPS – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: ARTICULAÇÃO ENTRE A CLÍNICA DA INTERSUBJETIVIDADE E A POLÍTICA DE DIREITOS	
1.1.O CAPS e o Movimento da Luta Antimanicomial	09
1.2.A Psicanálise e o campo da Saúde Mental	18
2. PSICOSE E CLÍNICA DE FAMÍLIA NO CAPS: CONSIDERAÇÕES PSICANALÍTICAS	
2.1.A clínica da psicose	22
2.2.A clínica de família: estratégias de intervenção em saúde mental.....	32
2.2.1. O grupo de familiares	34
2.2.2. Terapia familiar	35
3. PSICANÁLISE DAS CONFIGURAÇÕES VINCULARES: CONTRIBUIÇÕES DAS DIFERENTES ESCOLAS	38
3.1.As relações objetais e os sentidos do vínculo: conjecturas do modelo inglês.....	40
3.2.A inter-relação dos vínculos narcísicos e objetais na constituição intersubjetiva: versões da clínica francesa	43
3.3.Os efeitos de presença no campo vincular: concepções da escola argentina	48
4. METODOLOGIA	
4.1. O Método Psicanalítico e o Caso clínico	55
4.2.O CAPS da pesquisa: funcionamento e dispositivos	58
4.3. A Família Deméter	67
CONSIDERAÇÕES FINAIS	98
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	101

INTRODUÇÃO

A presente pesquisa se concretiza com base na minha trajetória de dez anos de experiência na área de saúde mental como psicóloga em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Nesse período, a assistência à “doença mental” passou por profundas mudanças. No Brasil, a partir da década de 1980, iniciou-se uma discussão dos modelos de assistência à loucura, sob a influência do modelo italiano de desinstitucionalização, levando a novas diretrizes do cuidado pautado pelo respeito à dignidade e à liberdade às pessoas com sofrimento psíquico, e foi se organizando uma rede substitutiva aos hospitais psiquiátricos, na qual estão incluídos hoje os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Os CAPSs têm sido um dispositivo amplamente difundido dentro do movimento da Luta Antimanicomial.

Com a lei conhecida como Paulo Delgado, Lei 10.216 de 6 de abril de 2001, foi repensada a política pública de saúde mental brasileira, alterando o modelo hospitalocêntrico, até então hegemônico no Brasil, pelo modelo de atendimento psiquiátrico comunitário, baseado em serviços de saúde mental descentralizados, visando à recuperação do sujeito pela inserção na família, no trabalho e na comunidade.

Essa Lei é o marco de um processo iniciado anteriormente pelo movimento dos trabalhadores de saúde mental, pela crise do sistema público de saúde e pelo processo de redemocratização do país. Mas, embora sua promulgação tenha completado uma década em 2011, a garantia dos direitos das pessoas com sofrimento psíquico ainda é um processo em construção, assim como as práticas dos trabalhadores em saúde mental.

Apoiada na Lei 10.216, em 2011 foi instituída, pela portaria nº 3088/11, a Rede de Atenção Psicossocial (Raps), que busca a consolidação do modelo de saúde mental de base comunitária. A rede tem como objetivos ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, unificando o serviço de saúde; promover a vinculação das pessoas em sofrimento ou

transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias, aos pontos de atenção; e, garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

Entretanto, a consolidação do novo modelo de saúde mental de base comunitária é um processo ainda em construção e necessita de políticas que incluam investimentos financeiros e formação profissional no campo da saúde mental, elegendo especificidades dos casos em questão.

Os Centros de Atenção Psicossocial - CAPSs, nas modalidades CAPS I (até 200 mil habitantes e funcionamento em dois turnos), CAPS II (acima de 200 mil habitantes e funcionamento em dois turnos) e CAPS III (funcionamento 24 horas), são vinculados ao SUS e foram instituídos com a portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Neles são atendidos psicóticos e neuróticos graves em situação de agudização da crise: “podemos chamar assim aqueles momentos em que o sofrimento mental se torna realmente insuportável para o sujeito e/ou para aqueles que o cercam” (Linha Guia em Saúde Mental da Secretaria de Saúde do Estado Minas Gerais, 2006, p.150).

Em 2003 iniciei meu trabalho em saúde mental em um CAPS que atende ao paciente psicótico e neurótico grave. A vivência anterior como psicóloga clínica possibilitou minha inserção na saúde mental sob o vértice psicanalítico da escuta do sujeito em sua singularidade.

Foi marcada por um aprendizado com o contato com a psicose e a defrontação com os impasses que ela impõe, pelo trabalho com grupos e com as famílias, pela experiência do trabalho interdisciplinar e as particularidades da clínica psicanalítica dentro de um serviço público de saúde mental.

Em 2004, participei do Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial Saúde Mental: cuidar em liberdade e promover a cidadania. Esse evento possibilitou gratos encontros com grupos de pessoas que estiveram à frente do movimento de reforma psiquiátrica, além de um grande número de trabalhadores que hoje estão construindo as práticas em saúde mental. Para mim, um dos marcos do encontro (e que me auxiliou na construção de práticas de cuidado), foi a discussão sobre a diversidade que cada CAPS vai construindo na sua caminhada, na criação e reinvenção daquele lugar em contraposição ao risco iminente de funcionamento sob a égide manicomial.

Lobosque (2007) argumenta que esse dispositivo traz o paradoxo de ser um serviço aberto, um espaço voltado para fora dele mesmo e um espaço de intimidade psíquica. A proposta do CAPS é ser um serviço aberto para a comunidade que, ao mesmo tempo, favoreça encontros que possibilitem “reconstruir certa privacidade psíquica, perdida na psicose, sem a qual é humanamente impossível viver, mas que só se pode construir à medida que se abre para outros horizontes, inclusive os desconhecidos!” (p.55).

Esses dois elementos funcionam de forma indissociada, e a forma como cada dispositivo vivencia esse paradoxo é determinante para seu modo de funcionamento. Uma das principais críticas ao modo de funcionamento do CAPS é que ele tem falhado como dispositivo de ligação, de laço entre comunidade, paciente, família.

O espaço de intimidade psíquica é buscado na convivência por meio de encontros produzidos espontaneamente, ou oficinas que valorizam os laços entre as pessoas do grupo, pelas relações que podem ser criadas e mediadas por atividades diversas, criando a possibilidade de troca e produção de subjetividade. Uma das memórias desse tempo de percurso foi a realização de uma oficina de teatro coordenada por uma pesquisadora. O objetivo da oficina era ser um espaço de criação, com o trabalho de expressão corporal e música, que culminou com a apresentação de um espetáculo com diversas cenas produzidas

nas interações do grupo. A apresentação aconteceu em uma casa de espetáculo, momento de muita emoção e expectativa de todos e de integração com a cidade. Na oficina era valorizado cada gesto, cada olhar e a possibilidade de se ressignificar a história de cada um. O retorno terapêutico aconteceu de maneiras diversas. Uma paciente decidiu continuar a oficina de teatro fora do CAPS e, ao mesmo tempo, foi encaminhada para outro dispositivo. Outro paciente não conseguiu permanecer, enquanto uma terceira retornou tempos depois e relatou a experiência do teatro como algo significativo para ela, principalmente a apresentação.

Essas práticas realizadas com pacientes, equipe e familiares foram construindo um caminho de aprendizados, encontros e desencontros. A possibilidade de cuidar das pessoas com sofrimento mental de forma ampliada e do trabalho em equipe contando com a diversidade de experiências de cada um foi algo que alimentou esse percurso.

O “trabalho com a psicose” foi pautado por uma escuta ampliada para o cuidado - estratégias mais amplas em equipe - que o momento da crise impõe. A escuta da psicose faz-nos defrontar com o estranho do outro e o de nós mesmos e apresenta, por vezes, um grande sofrimento, ora encoberto por onipotência, ora por impotência. Faz-nos lidar com o sem lugar da crise dos sujeitos em sofrimento psíquico, o sem lugar do próprio excesso que dela advém, o sem lugar nos dispositivos de saúde, decorrente do estigma associado à loucura.

Nessa escuta, nos deparamos com o indizível, com angústias primitivas, com as relações familiares e suas heranças psíquicas, a importância ou falta das figuras paterna e materna; assim, o envolvimento com as famílias foi um dos importantes vértices do trabalho nessa trajetória. Lembro-me de um paciente esquizofrênico que morava com sua mãe: ele, o filho mais velho, ela, viúva. A mãe parecia viver o luto com o adoecimento do filho que não ocupou o lugar do pai, lugar idealizado por ela. Cuidamos do paciente, não conseguimos cuidar da mãe e dos vínculos...

Em outros casos ficava evidente o conflito vincular, que se desenrolava inconscientemente na presença do outro, paciente e familiar “enlouqueciam”. Esses episódios e os respectivos desdobramentos foram ampliando meu interesse acerca do funcionamento familiar, potencializador ou não de saúde mental.

Os CAPSs se propõem, além de evitar ou diminuir as internações psiquiátricas, desenvolver vínculos familiares e comunitários essenciais para o estabelecimento de novas possibilidades de vida. As dúvidas permanecem: Os CAPSs têm conseguido desenvolver esses vínculos? Com têm sido essa prática? Kyrillos Neto (2007) discute sobre as práticas discursivas presentes nos serviços de saúde mental. O autor aponta os limites do pensamento basagliano, de orientação socializante, principalmente em relação à subjetividade, e propõe uma articulação desses fatores, incluindo o modelo organicista.

Ao procurar o CAPS, a demanda inicial do familiar que acompanha o paciente em crise é de cuidado, seguido muitas vezes por um desejo de responsabilização da instituição e do terapeuta, buscando um lugar que cuide “para sempre” do sujeito. É necessário reconhecer o sofrimento da família e criar um espaço de escuta que, efetivamente, permita que seus membros sejam cuidados, porém ainda é um desafio trabalhar o paciente dentro da família e conseguir a inclusão de um número maior de familiares, assim como a escuta da psicodinâmica da família. Escuta que é similar à escuta individual, pela qual o terapeuta procura captar, no discurso da família, a estrutura inconsciente, que gera as “formações de superfície: os nomes próprios, o espaço e o tempo familiar, as queixas e recriminações e os mitos familiares” (Berestein, 2001, p. 245). Como manter o lugar da escuta do sujeito inserido numa família, sem ocupar o lugar de responsabilização pelo outro, retirando sua autonomia e desconsiderando sua subjetividade, sua verdade?

A desinstitucionalização objetiva que o sujeito circule na comunidade e esse movimento é inviabilizado se ele não consegue transitar na dinâmica familiar. O trabalho com

a família, por considerar os vínculos primários do sujeito, pode ampliar sua autonomia, assim como possibilitar espaços de ressignificação desses vínculos. A família é o elo entre o sujeito e a sociedade, servindo de modelo para os laços que estabelecerá com a comunidade. Marazina (1999) destaca que “a dinâmica primeira de deposição/exclusão começa na família, com a intensidade que lhe é própria” (p. 131).

Para melhor compreensão do processo de subjetivação do paciente¹, é importante a produção da escuta singularizada da crise de cada sujeito, entendendo que tal crise não está desvinculada de sua história de vida e da psicodinâmica familiar. A apreensão da família é relevante para a análise da configuração familiar e da produção do sofrimento, e apresenta duplo aspecto. Segundo Box (1994):

A família pode ser vista como um tipo específico de instituição com sua própria cultura e formas específicas de lidar com a vida, consiste de indivíduos cujo comportamento e experiência nós sabemos que estão afetados por um sistema de relações interligadas, do qual eles são uma parte. Ao mesmo tempo, os indivíduos também contêm características embutidas – ou relações internas – que nós acreditamos que não se prestam a mudar simplesmente através de uma alteração na estrutura do sistema familiar, mas requerem ser compreendidas em funcionamento e ter seu significado inconsciente interpretado (p. 21).

Box é uma representante da clínica inglesa, que trabalha a noção de relações objetais e suas inter-relações, juntamente com as contribuições bionianas do desenvolvimento do pensar. O pensamento de Bion, com veremos em outro capítulo, considera a multidimensionalidade da mente, o crescimento emocional e o desenvolvimento da mente. Essa clínica esteve presente desde o início de minha formação, em análise e supervisão. Durante o Curso de Especialização em Psicoterapia Psicanalítica, entrei em contato com

¹ Paciente, termo que, para a Psicopatologia Fundamental, é derivado do sentido etimológico lembrado por Descartes do sujeito trágico que é constituído e coincide com o *pathos*, o sofrimento, a paixão, a passividade. “Quando *pathos* acontece, algo da ordem do excesso, da desmesura se põe em marcha sem que o eu possa se assenhorar desse acontecimento, a não ser como paciente, como ator” (BERLINK, 2000, p. 18).

autores franceses que ampliaram o conceito de transmissão psíquica geracional descrita por Freud em *Introdução ao Narcisismo* (1914/1996). Esse artigo descreve o lugar da transmissão psíquica, destacando que o sujeito é, em si mesmo, seu próprio fim, mas encontra-se vinculado como elo de transmissão aos próprios pais, sendo herdeiro de uma ordem intersubjetiva que o constitui. A experiência posterior institucional possibilitou a releitura desses autores na perspectiva em foco para a família psicótica e seu modo de funcionamento. O contato com a clínica argentina veio depois, com a noção do vincular, e seus efeitos de presença, apresentando uma nova dimensão sobre os vínculos.

A presente pesquisa, no mestrado, se coloca como possibilidade de reflexão da prática clínica em saúde mental no CAPS, que nos apresenta desafios de diversas ordens. O recorte proposto envolverá o trabalho com a família, por apreendê-la como fundante da subjetividade do sujeito, mediadora entre o sujeito e a sociedade, essencial no trabalho com a psicose e consonante com as práticas de cuidado na atenção psicossocial em saúde mental.

Os acontecimentos familiares são perpassados por múltiplas vivências e, assim, o objetivo deste trabalho é analisar os vínculos de famílias atravessadas por uma crise psicótica e o que advém dessa crise no atendimento institucional, tendo como enfoque a clínica vincular.

No primeiro capítulo apresentamos os Centros de Atenção Psicossocial, equipamentos substitutivos ao hospital psiquiátrico, que assumiram papel relevante no cenário das novas práticas em saúde mental. Articulador de uma rede de cuidados psicossocial, que atua no território, no cuidado do paciente psicótico e neurótico grave e suas famílias, o CAPS, na perspectiva da nova lógica de cuidado que pretende a superação do modelo tradicional, coloca em relevo a clínica ampliada (Lobosque, 2003), que considera a subjetividade do sujeito indissociada do exercício da cidadania. A questão subjetiva do sujeito e do sofrimento psíquico, apresentada pela Psicanálise, contribuiu para novas práticas no campo da saúde

mental. Discutimos a inserção da Psicanálise no campo da saúde mental numa vertente do campo epistemológico que rompe com a noção de normalidade e comprehende o sintoma como via de expressão do sujeito.

O segundo capítulo aborda os aspectos relativos à psicose, recorte da pesquisa dentre os casos acompanhados no CAPS. Retomamos as contribuições do funcionamento psicodinâmico da psicose inaugurado por Freud, assim como as contribuições da clínica bioniana com a noção de multidimensionalidade da mente, ou seja, o reconhecimento da integração entre estados neuróticos e psicóticos, sadios e patológicos coexistindo na mesma personalidade.

No terceiro capítulo buscamos contextualizar a fundamentação teórico-clínica da Psicanálise das Configurações Vinculares. A Psicanálise de casal e família surge com os desafios no atendimento de paciente de difícil abordagem, entre eles o psicótico, o que ampliou o interesse psicanalítico pela família e seu funcionamento, a família e seus vínculos. A Psicanálise de Família tem uma diversidade teórica e estratégias de escuta bastante diferenciadas, cada qual com suas possibilidades e limites. A visão contemporânea da Psicanálise busca a integração dessas contribuições a partir da prática clínica.

No quarto capítulo discutimos sobre a metodologia psicanalítica e o estudo do caso em questão. O método psicanalítico baseia-se no processo de investigação, na escuta do inconsciente e opera na transferência. A pesquisa foi conduzida através da montagem do caso clínico, elaboração que se edifica no recorte da experiência vivida. Nesse capítulo contextualizamos o CAPS da pesquisa e apresentamos o caso da família atendida, concluindo com a discussão de elementos centrais que enlaçam os vínculos familiares e o CAPS.

Nas considerações finais, são esboçadas as contribuições da Psicanálise das Configurações Vinculares para a ressignificação da psicose, compreendida a partir dos vínculos familiares e da clínica de família no CAPS.

1. CAPS – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: ARTICULAÇÕES ENTRE CLÍNICA (SUBJETIVIDADE) E POLÍTICA (DIREITOS)

1.1. CAPS e o Movimento da Luta Antimanicomial

*Uma pátria sem fronteiras,
 uma cidade sem portas
 de casas sem armadilhas.
 Um jeito de viver,
 Mas, nesse jeito, a variedade,
 a multiplicidade toda
 que há dentro de cada um.
 Esse país não é meu
 Mas ele será um dia
 o país de todo homem.*

Carlos Drummond de Andrade,
 Cidade Prevista, 1945

No Brasil, o movimento da Reforma Psiquiátrica ocasionou profundas mudanças na assistência à pessoa com sofrimento psíquico, assim como o movimento da Luta Antimanicomial. Porém, como proferido pelo poeta, as aspirações de mudança da convivência na diversidade estão para serem construídas.

O movimento da Luta Antimanicomial tem dois focos de intervenção, como nos apresenta Lobosque (2007). O primeiro diz respeito à desconstrução do estigma do louco como perigoso e incapaz, ao seu direito à cidadania, e propõe a articulação com a cultura no seu sentido mais amplo. O segundo se insere nas práticas de cuidado em liberdade e no cuidado territorializado, que é representado pelos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico. Esses já tiveram algumas denominações e hoje são chamados de Centros de Atenção Psicossocial. Esses centros fazem parte de uma rede de saúde mental e compõem um campo complexo de práticas e saberes que estão sendo construídos no cotidiano dos trabalhadores de saúde mental, tendo como eixo central o entrelaçamento entre a loucura e a cidade e a interlocução com os movimentos sociais.

O CAPS é, por definição, um serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico que tem como foco a atenção integral e territorial ao usuário em sofrimento mental grave, atenção essa chamada de Psicossocial. A Atenção Psicossocial tem como paradigma o cuidado em liberdade, de forma que esse cuidado se volte para os modos de vida do sujeito e vá além do diagnóstico e da doença, tendo como desafio a produção de novos modos de cuidado, novos modos de pensar e estar com as pessoas, baseados na flexibilização de normas, na singularidade e na abertura aos familiares e à comunidade dentro de um determinado território. Território entendido não apenas como espaço geográfico delimitado, mas uma diversidade de situações pessoais, familiares, sociais, no seu sentido subjetivo, com pessoas que nele habitam e que necessitam de estratégias de cuidado. (Pitta, 2001):

Esse espaço, diferente do espaço cósmico que se dilui no infinito, traz a vocação de um espaço-suporte, que delimita a área de atuação de uma equipe, um serviço, um programa, cumprindo a missão de materializar uma acolhida, um vínculo, condições indispensáveis para qualquer tratamento, podendo este ser encontrado a qualquer momento e irradiando ações potencializadoras de suas iniciativas na dependência do número de raízes que cada um dos seus integrantes for capaz de ramificar, no sentido de alcançar os mais desgarrados e vulneráveis (p. 22).

As novas práticas de cuidado têm atuação no campo subjetivo, priorizando o vínculo que existe entre as pessoas, assim como a convivência e as trocas intersubjetivas.

Os CAPSs integram a rede de Saúde Mental que em duas décadas vem se tornado complexa, diversificada e comunitária, baseada no território onde vivem os pacientes e suas famílias. Essa nova lógica deveria inverter a noção anterior de que é o hospital o local de alta complexidade onde as intervenções são mais restritas e limitadas, e considera altamente

complexos os serviços substitutivos em que as trocas sociais se realizam. Na concepção de Lancetti (2007), é na atenção primária, no contexto da saúde da família, que a complexidade é invertida. Na medicina em geral, a complexidade caminha da rede básica – com intervenções mais simples – para os serviços terciários – com recursos sofisticados e especializados. Na saúde mental há uma inversão: no nível terciário, hospital, as respostas são padronizadas e, no nível primário, as ações devem ser mais complexas ao lidar com a família, com as pessoas em crise e com pessoas no território (Lancetti apud Amarante, 2007, p. 96).

Os CAPSs, como serviços territorializados, têm como função ações muito mais complexas ao lidar com o paciente em seu cotidiano, na família e na comunidade, voltadas para o cuidado interdisciplinar, integral, ou seja, considerando a vida do paciente e as histórias de sua convivência diária com a família e a comunidade.

Questionamo-nos se estamos conseguindo fazer esse entrelaçamento com a cidade, a começar com a própria rede de saúde. Como trabalhar com o protagonismo dos usuários se não conseguirmos esse mesmo protagonismo? Ainda hoje temos casos de pacientes que, ao serem identificados como usuários do serviço de saúde mental, não recebem a escuta adequada. Em outros casos, são reencaminhados como se os sintomas que apresentam se referissem exclusivamente ao quadro psiquiátrico e não pudessem ser sintomas orgânicos, ou seja, considera-se a doença e não a pessoa como um todo, e a multiplicidade que há dentro de cada um é reduzida a um diagnóstico psiquiátrico.

Desde a captura da loucura pelo saber médico, a doença passou a ocupar o lugar da experiência da loucura (Foucault, 1987). A doença mental, objeto construído pela psiquiatria, tem sido justificativa para a exclusão das pessoas que vivem a experiência do sofrimento psíquico.

O movimento da reforma psiquiátrica no Brasil teve como referência a reforma do sistema de saúde mental italiano. Basaglia (2010), com o trabalho no hospital psiquiátrico em

Goriza, inverteu a lógica da doença e ensinou a colocá-la entre parênteses, para considerar tudo que se construiu ao redor dela. Isso não significa negar a existência da doença, mas, sim, revisar e negar a condição exclusivista da psiquiatria, com sua elaboração teórica, como detentora do saber sobre o fenômeno da loucura e da experiência do sofrimento, e assumir a complexidade do fenômeno da loucura (Basaglia apud Amarante, 2010).

A construção da clínica antimanicomial está ligada à ruptura do saber médico que categorizou e normatizou a loucura como doença mental e encontra-se articulada ao campo da cidadania e da desconstrução e construção de novas práticas de produção de cuidado e de produção de subjetividade.

Nesse sentido, a proposta dos serviços substitutivos envolve a presença de um conjunto heterogêneo de discursos e de compartilhamento dos saberes para superação da hegemonia do saber psiquiátrico.

Com isso a loucura passa a ser considerada em sua complexidade, não apenas no campo biológico, médico, mas abrangendo os vários campos do saber, por isso a inserção de uma equipe interdisciplinar.

A presença de profissionais de várias áreas do conhecimento no CAPS possibilita-nos pensar os casos atendidos por diferentes vértices, sendo valorizada a forma como os vínculos são estabelecidos com cada membro da equipe, e como cada profissional é mobilizado distintamente no manejo institucional. Dessa forma, a característica do trabalho em equipe é de elaboração a partir dos diversos olhares sobre o caso. Esse pensar coletivo permite acompanhar e propor mudanças no projeto terapêutico. Nem sempre vivenciamos esse pensar coletivo em nosso cotidiano, nem sempre ele é alcançado, sobrepondo-se a fragmentação, a divisão dentro da equipe.

Encontramos vários impasses na construção dessa nova clínica e é imprescindível contextualizar algumas dificuldades enfrentadas nessa empreitada.

Pereira (2007), em pesquisa realizada no CAPS sobre as dificuldades encontradas no trabalho com pacientes psicóticos, descreve a existência de vários campos de tensão, caracterizados pela autora como conflitos de forças internas e externas em relação ao trabalho. Um deles está situado entre o modelo médico e o modelo psicanalítico. A pesquisa apontou para questões como a valorização da figura do médico pela família, simbolizando a busca de eliminação do sofrimento e da dor, em detrimento do processo terapêutico da fala e do vínculo, assim como a inquietação de lidar com a loucura, vivenciada tanto por parte da família quanto da equipe da instituição.

A esse respeito Delgado (2007) pontua que a Psiquiatria e a Psicanálise não são as únicas tradições teóricas no campo da saúde mental. Existem correntes da psicologia que abarcam o campo ampliado do trabalho social e da reabilitação. O autor considera as duas fortes tradições e ainda indaga se seremos capazes de incorporá-las, territorializá-las, na construção de uma clínica que não seja, estritamente, nem Psiquiatria, nem Psicanálise, e que não signifique uma negação não-dialética de ambas.

Em relação às tradições teóricas, Kyrillos Neto (2007) delimita três modelos prevalentes no campo da saúde mental, que estão em contínua tensão: o exclusivamente sociológico, o exclusivamente organicista e o subjetivo. O autor aponta que, na vertente exclusivamente sociológica, de influência basagliana, a população é definida pela exclusão social e não por uma nosologia. A vertente exclusivamente organicista engloba a demanda de medicação que cada transtorno estabelece, pelos seus desarranjos bioquímicos e genéticos. O modelo da subjetividade, delineado pela Psicanálise, reconhece os sujeitos a partir de determinadas estruturas clínicas, sendo a prioridade a singularidade, o desejo e a causalidade psíquica.

O autor considera ainda que as contribuições basaglianas foram importantes no processo de recomplexificação do sofrimento mental, mas faz críticas ao funcionamento dos

CAPSs baseado no modelo exclusivamente sociológico, que cria o que denominou de imperativo de inclusão, desconsiderando a implicação do sujeito no tratamento, sua subjetividade.

Em relação à forma de a Psicanálise entender a loucura, afirma:

A Psicanálise não concebe a loucura como doença que modifica o curso regular do desenvolvimento de uma existência, até então, normal. Tampouco era considerada simples exclusão social e/ou econômica e/ou política de um sujeito igual, em todos os aspectos de sua constituição subjetiva, àqueles poupadados pela exclusão da sociedade (p. 21).

Também adverte que, no modelo da subjetividade, o sujeito não é considerado exclusivamente no aspecto intrapsíquico, mas, sim, enquanto constituído a partir da e na intersubjetividade, e diz:

a superação dos impasses cotidianos dos serviços depende de uma abordagem da loucura que não permaneça, unicamente, no polo das considerações exclusivas das determinações sociais nem em um enfoque puramente clínico, mas na articulação desses fatores importantes da loucura. Ressaltamos que o interesse clínico do modelo socializante dependerá exclusivamente do conceito de cidadania preconizado e colocado em prática (pp. 68-69).

Para Kyrillos Neto (2007) existem duas correntes no Movimento da Luta Antimanicomial. Uma delas enfatiza a dimensão política e constrói uma proposta fundamentada na crítica ao modelo tradicional psiquiátrico. A outra, busca incorporar novos saberes ao saber político e faz uma crítica à abordagem exclusivamente social do sofrimento psíquico.

Ainda sobre os campos de tensão presentes na clínica em saúde mental, Pereira (2007) abordou a questão, vivenciada pelos profissionais no contato com a loucura, de se acolher o que não se apresenta pronto, o não saber diante da vivência psicótica de cada sujeito, a presença do modelo que se referenda em dar respostas frente à dor psíquica, e problematiza

dizendo que “...o aval de uma medicalização diante de uma produção delirante e caótica do paciente pode relacionar-se ao medo, angústia, diante do predomínio no sujeito de sentimentos vividos como terroríficos e provocadores de muita dor” (p. 130-131). A autora salienta que o contato com o desconhecido e o desprezado em cada sujeito se coloca como uma tarefa que requer do terapeuta (e aqui estendemos para toda equipe), uma condição de se manter junto do outro e ser tomado pelas vivências intensas sem recorrer a respostas urgentes ou à medicação. A pesquisa também apontou como ponto de tensão o conflito entre a instituição e o sujeito, ou seja, entre as relações da equipe e a instituição, entre o que é idealizado como proposta de trabalho e o que é possível de ser realizado.

Perceber a repetição, os momentos em que nos aproximamos da lógica de exclusão e controle, angustia. Bezerra Junior (2007), sobre a construção da nova clínica, argumenta que “... este horizonte poderá continuar presente, e preservar sua força inspiradora, mas somente ao preço de jamais nos iludirmos quanto a havermos chegado lá” (p.31). Trata-se, portanto, de uma construção permeada por angústia e inquietação.

A esse respeito, Matos (2010) assinala que, apesar das transformações ocorridas no âmbito da Saúde Mental, encontramos obstáculos para a superação do modelo hospitalocêntrico. No contexto do CAPS-ad, instituição responsável por atender e acompanhar terapeuticamente sujeitos usuários de álcool e/ou outras drogas, a autora desenvolveu sua pesquisa a partir do trabalho realizado com grupos operativos com a Capoeira Angola. Do encontro entre a Psicanálise, a Capoeira Angola e os grupos operativos foi possível provocar movimentações e reflexões no grupo de sujeitos participantes da pesquisa. Ao acessar o lugar assumido no seio familiar e social, novas afetações que provocavam o refúgio às drogas, puderam ser expressas e mobilizadas no grupo. Foi possível observar uma expansão e a construção de um movimento instituinte, delineando sujeitos-atores sociais. Apesar da relação com as drogas de muitos usuários do serviço CAPS-ad e do

movimento instituído de regras e normas, o grupo operativo possibilitou “...um movimento contrário ao funcionamento instituído da unidade e capaz de promover movimentações no cenário institucional e nos papéis-lugares, os quais os usuários do serviço foram assumindo ao adentrar a lógica da instituição e da sociedade” (p. 106).

Matos (2011) considera que no CAPS existem movimentos instituintes e instituídos, ou seja, repetições e protocolos que se contrapõem aos espaços instituintes de encontro entre os envolvidos e passíveis de transformação. A força do instituído, da rotina, da repetição fez e continua fazendo parte de meu percurso enquanto profissional nesses dez anos de trabalho. Assim como a busca por possibilidades vividas no encontro com as pessoas em sofrimento psíquico.

Os CAPSs, constituem uma rede de saúde mental², composta de pontos de atenção em saúde, entre eles as Unidades Básicas de Saúde da Família – UBSF, que têm a função de acompanhar as famílias e, se necessário, no caso da crise, encaminhar o caso para o CAPS. A noção de crise é então balizadora do lugar em que será feito o atendimento, mesmo que na prática tal lógica possa ser invertida. A crise pode ser vivenciada em vários quadros psicopatológicos. Consideraremos aqui a crise psicótica. Utilizaremos o termo crise psicótica para designar o momento em que a pessoa apresenta alucinações, delírios, agitação intensa, ou desvitalização intensa, desorganização do pensamento ou do comportamento, insônia, errância.

Para Lobosque (2007), “...nas chamadas crises psíquicas, encontram-se perturbadas as possibilidades de pensar, de falar e de agir de forma comprehensível, ou seja, as formas com que o sujeito pode se inserir numa cadeia de significações partilhadas socialmente” (p. 54). A crise psíquica refere-se a um momento em que o sujeito apresenta uma ruptura e não consegue

² A Rede de Atenção Psicossocial estabelece pontos de atenção para o atendimento de pessoas com problemas mentais e é composta por serviços e equipamentos variados tais como: CAPS, os Serviços de Residência Terapêutica, os Centros de Convivência, os leitos de atenção integral (nos hospitais e CAPS), as Unidades de Acolhimento (Ministério da Saúde, 2011).

responder às demandas externas e internas como até então conseguia fazer. Esse é o momento do acompanhamento em CAPS, momento que exige uma sustentação, baseada na criação de vínculos.

Contextualizamos o significado da crise na vida do sujeito de acordo com a Psicanálise, que considera as produções que fazem parte da crise repletas de sentido, conforme veremos adiante no tópico sobre a psicose. Freud (1911/1996) diz que “...a formação delirante, que presumimos ser produto patológico, é, na realidade, uma tentativa de reestabelecimento, um processo de reconstrução” (p. 78). Dessa forma, a crise também não está dissociada da história de vida do sujeito. A escuta da pessoa em momentos de crise, ou sofrimento intenso, possibilita uma continência para possível elaboração de aspectos disruptivos, desconhecidos.

Dentro do contexto da Atenção Psicossocial, a crise é entendida como um resultado de diversos fatores que envolvem o sujeito, os familiares e a comunidade. Logo, é necessário que os serviços em saúde mental envolvam todas as pessoas e possibilitem que elas sejam incluídas e possam expressar suas dificuldades, temores. O vínculo com todos os envolvidos é fundamental para que sejam efetivamente ouvidos em seus clamores. Na Atenção Psicossocial, “...o que se pretende é uma rede de relações entre sujeitos, sujeitos que escutam e cuidam – técnicos – com sujeitos que vivenciam as problemáticas – os usuários e familiares e os outros atores sociais” (Amarante, 2007, p. 82).

Assim, o CAPS, enquanto serviço substitutivo, se propõe a substituir as práticas homogeneizantes do hospital pelas práticas singularizadas. A partir da convivência com o sofrimento humano e com o sujeito que o experiencia, vão-se construindo estratégias de cuidado próprias para cada um. Estratégias baseadas na escuta dos sujeitos, de familiares e dos próprios técnicos, assim como de outros atores sociais. Entendo que o CAPS deveria funcionar como articulador de uma rede de cuidados que incluiria tanto o território concreto em que as pessoas estão inseridas, como o território subjetivo onde as relações acontecem.

Pensar uma rede de atenção que mude a lógica da exclusão e crie estratégias de acompanhar as pessoas em suas fragilidades é o grande desafio. Ana Pitta (2001) comenta sobre a mudança dessa lógica:

...implica incluir dimensões singulares e intersubjetivas que considerem esperanças e valores éticos para uma cultura de solidariedade entre usuários, familiares, profissionais, gestores do SUS, grupos de interesse, sociedades organizadas, ONGs, legislativo e judiciário comprometidos em organizar uma rede de cuidados que enfrente a complexidade da demanda (p. 23).

A mudança das práticas em saúde mental, como apresentada, passa pela dimensão da cultura e da política em sentido mais amplo. A forma como são construídos os mitos a respeito da loucura, como as referências míticas da periculosidade e da incapacidade sustentam a exclusão das pessoas com sofrimento psíquico grave. Dito de outro modo, a mudança das práticas precisa auxiliar as pessoas a construir um novo lugar social para a loucura. Outro aspecto passa pela clínica e as formas de ajudar as pessoas na experiência que é própria da condição humana – o sofrimento psíquico, muitas vezes intolerável.

1.2. A Psicanálise e o Campo da Saúde Mental

Nos CAPSs são atendidos psicóticos e neuróticos graves em situação de agudização da crise. As psicoses parecem constituir os quadros mais enigmáticos desses serviços. O termo psicose nos remete à área da psicopatologia. É um termo advindo da Psiquiatria, referindo-se às entidades nosológicas relativas ao psíquico. A visão da Psicanálise, diferentemente, foca seu interesse nas formas de subjetividade e aspectos do sofrimento. Como diz Minerbo (2013), subjetividade é um termo que traz abertura à singularidade do sujeito psíquico, faz referência a uma forma de ser que implica uma forma de pensar, sentir e agir e em modalidades de sofrimento produzidas por formas de apreender o mundo e a si mesmo, bem

como formas de reagir a essa apreensão. A noção de psicopatologia para a autora diz respeito a certas regularidades que podem ser observadas e relacionadas às entidades nosológicas. Assim, a noção de psicopatologia funciona como um elemento organizador da escuta analítica, ou seja, da compreensão de como o sujeito cria seu universo particular. Contribui, portanto, para a mediação entre o singular e o universal, voltada para os aspectos do universo subjetivo do analisando e para a metapsicologia.

A Psicanálise promove a ruptura epistemológica com os ideais de normatividade e adaptação e esse, assim como os conceitos psicanalíticos da escuta e da singularidade de cada caso, é um dos fatores que possibilitou sua expansão nas instituições de saúde mental.

A Psicanálise inaugura a condição de sujeito no sentido do indivíduo que está sob o efeito de uma ordem da realidade que o governa e o organiza: o inconsciente, representado pelas fantasias, desejos e conflitos (Kaës, 2011).

Freud (1900/1996), no já mencionado artigo *A interpretação dos sonhos*, formula a divisão da mente entre o consciente e o inconsciente. Com a noção do inconsciente a delimitação entre razão e desrazão se abriu para uma possibilidade de comunicação. Sendo o inconsciente o que representa o ilógico e o irracional – dimensão presente na condição humana –, a delimitação entre o normal e o patológico se esvazia.

A Psicanálise modificou as formas de concepção do homem, com o conceito de inconsciente. Freud (1894/1996) tratou o sintoma não como degeneração, mas como via de expressão do sujeito. Ao lançar seu olhar sobre a histérica, buscou compreender a histeria além de seus sintomas, valendo-se de sua relação com as pacientes, traduzida na transferência. Essa maneira de pensar e agir influenciou a cultura, ao mesmo tempo em que foi influenciada por ela. No campo da saúde mental, hoje, ainda possibilita uma nova compreensão sobre a psicose, embasando novas formas de cuidado.

A discussão sobre a mobilidade da fronteira entre o normal e o patológico é um dos marcos da discussão no campo da clínica em Saúde Mental. Deste modo, Lobosque (2007) considera a interlocução entre a Psicanálise e o campo da saúde mental:

Há algo em comum entre estas experiências de pensamento e ação, mesmo quando não se influenciam diretamente, ou até quando polemizam entre si, a saber: uma crítica radical à soberania isenta e desinteressada da razão, tal como sustentada por uma antiga cumplicidade entre a ciência, a filosofia, e a moral; uma subversão da concepção tradicional de sujeito; um destaque à dimensão do inconsciente; um interesse por aquilo que até então se desvalorizava como irracional. Desta forma, uma atividade intelectual muito viva e intensamente combativa, nos anos 60 e 70 do século XX, retoma toda uma inquietação já suscitada por Nietzsche e Freud no século XIX conferindo especial atenção às questões colocadas pela loucura (p. 38).

A dificuldade de interlocução da Psicanálise com os movimentos sociais foi apontada por Lobosque (2007). Contudo, Bezerra Junior (2007) discute outro aspecto da questão. O autor contextualiza tal dificuldade e justifica porque o debate sobre a clínica ficou em segundo plano. Um dos aspectos foi a necessidade de se focar as questões políticas e culturais da luta antimanicomial. Outro ponto considerado por ele foi que muitos profissionais engajados na clínica não entendiam a necessidade do engajamento político.

A resistência inicial à Psicanálise foi evidenciada tanto por parte dos técnicos, quanto na postura de alguns psicanalistas e, no percurso da reforma, essa situação foi se modificando. O autor destaca que hoje, no cenário brasileiro, há um debate profícuo com presença significativa de psicanalistas e clínicos de diferentes formações teóricas, tanto na linha de frente da assistência, quanto nas equipes de formulação de políticas e propostas, contribuindo para dissolver a equivocada oposição inicial entre questão técnica e política.

A Psicanálise, no campo da saúde mental, possibilita interrogar o sentido dos sintomas na trajetória do sujeito que sofre, abrindo caminhos para novos sentidos. Discorreremos sobre alguns aspectos da psicose no capítulo 2, à luz da Psicanálise.

2. PSICOSE E A CLÍNICA DE FAMÍLIA NO CAPS: CONSIDERAÇÕES PSICANALÍTICAS

*O que será que me dá
Que me bole por dentro, será que me dá
Que brota à flor da pele, será que me dá....*

*O que não tem medida, nem nunca terá
O que não tem remédio, nem nunca terá...
O que não tem limite...*

*O que será que me dá
Que me queima por dentro, será que será
Que me perturba o sono, será que me dá
Que todos os tremores me vêm agitar
Que todos os ardores me vêm atiçar
Que todos os suores me vêm encharcar
E todos os meus nervos estão a rogar
E todos os meus órgãos estão a clamar
E uma aflição medonha me faz implorar
O que não tem vergonha, nem nunca terá
O que não tem governo, nem nunca terá
O que não tem juízo.*

Chico Buarque
O que será, 1976

2.1. A clínica da psicose

Com o intuito de tecer algumas considerações acerca da psicose, recorremos, inicialmente, à descrição de Resnik (1986):

A crise psicótica esgarça a trama tecida pelo tempo, irrompe, rompe, paralisa, impõe seu tempo, sua realidade, seu princípio de “irrealidade”. A psicose nos defronta com o problema da ruptura: o diálogo interior entra em crise, está cindido, feito em pedaços, fragmentado, desmantelado, disperso. A experiência psicótica de um mundo que explodiu em pedaços é a exteriorização de um cataclismo interior, de um tempo apocalíptico que viola as barreiras do exterior. Há um momento em que é difícil “situar” os fragmentos, saber se estão “dentro” ou “fora”; alguns, ligados à função linguística, continuam seu discurso autônomo e dismórfico, mas “em outro

lugar”, em outros espaços tempos, em outros “mundos”. Da mesma forma que se perde o horizonte que delimita subjetividade e objetividade, perde-se também a “objetividade”, o sentido da realidade; os objetos internos se confundem com os externos, isto é, perdem sua alteridade, alienando a condição de sujeito pensante e que sente. (Resnik apud Cassorla, 1998, p. 721-722).

Essa descrição ressalta a ruptura existente entre espaços e “mundos”, ruptura que foi descrita por Freud a partir do conflito entre mundo interno e externo. No texto *Neurose e Psicose* (1923/1996), ele situou a psicose como decorrente do conflito entre o ego e o mundo externo, e os delírios, em sua origem, como um remendo, um substituto da realidade contra a qual o sujeito tenta se defender, da qual se desligou violentamente, ao mesmo tempo que anseia novamente se ligar a outra realidade reconstruída a partir de seus desejos. Esse novo mundo imaginário adquire importância especial para o paciente e tem um significado que Freud nomeia de simbólico.

A Psicanálise ofereceu uma contribuição fundamental ao tema com a concepção do delírio como forma de cura, ou seja, de sentido, contrapondo-se à concepção de psicose como desrazão. Freud (1911/1996), ao analisar as memórias de Schreber, no texto *Memórias de um doente dos nervos, um caso de paranoia*, baseado na teoria da catexia libidinal, considerou que as fantasias de desmoronamento e aniquilação do mundo, representavam um desligamento entre a libido e o mundo exterior. A catástrofe interna é projetada para o mundo e a formação do delírio constitui uma tentativa de reconstrução do mundo interno, ao mesmo tempo em que é um reinvestimento libidinal. Freud nos fala da catástrofe interna:

O paranoico constrói-o de novo, não mais esplêndido, é verdade, mas pelo menos de maneira a poder viver nele mais uma vez. Constrói-o com o trabalho de seus delírios. A formação delirante, que presumimos ser produto patológico, é, na realidade, uma tentativa de reestabelecimento, um processo de reconstrução. Tal reconstrução após a catástrofe é bem sucedida em maior

ou menor grau, mas nunca inteiramente; nas palavras de Schreber, houve uma “profunda mudança interna” no mundo. Mas o indivíduo humano recapturou uma relação, e frequentemente uma relação muito intensa, com as pessoas e com as coisas do mundo, ainda que esta seja agora hostil, onde anteriormente fora esperançosamente afetuosa (Freud, 1911/1996, p. 78).

Esse substituto da realidade externa adquire um significado importante na psicose e não está dissociado da história de vida do sujeito.

No artigo *Neurose e Psicose* (1923/1996), Freud define que na psicose há um rompimento do sujeito com o mundo externo, com a realidade. Devido a uma frustração que parece intolerável, o ego cria uma nova realidade externa e interna de acordo com seus desejos.

Esse aspecto de negação da realidade foi abordado em *As Neuropsicoses de Defesa* (1894/1996), onde Freud afirma que “o ego rejeita a representação insuportável, simultaneamente com seu afeto, e se conduz como se a representação, não tivesse jamais chegado ao ego” (p. 64).

Em seu artigo *O Estranho* (Freud, 1919/1996), é apresentado o estranhamento que a loucura provoca, e então é investigada a origem do termo. O autor analisa a origem da palavra alemã ‘heimlich’ (doméstica) e seu sentido ambíguo: por um lado significa o que é familiar e, por outro, o que está oculto e se mantém fora da vista, conferindo a ‘unheimlich’ (estranho) o sentido de “aquela categoria do assustador que nos remete ao que é conhecido, de velho, e há muito familiar” (p. 238). Esses elementos assustadores que amedrontam mostram-se como algo reprimido que retorna, “algo que deveria permanecer oculto, mas veio à luz” (p. 258).

A loucura, na esfera da cultura, é associada à periculosidade, e pode amedrontar por seu aspecto confusamente estranho; mas o “estranho” freudiano remete sempre a algo familiar, aspectos desconhecidos dentro de todos nós e que a estranha loucura parece intentar revelar.

Freud, mesmo não tendo atendido a casos de psicose, se empenhou em compreendê-la e tal compreensão apoiou importantes elaborações conceituais, como a questão do narcisismo, em *Introdução ao Narcisismo* (1914/1996), onde aborda a relação entre narcisismo e psicose, demonstrando a ligação entre a etapa de investimento libidinal no ego e o surgimento de fenômenos patológicos.

No artigo *Sobre a Psicoterapia*, Freud (1905/1996) chegou até mesmo a avaliar o método psicanalítico impróprio para esses casos, mas ponderou: “não considero nada impossível que, mediante uma modificação apropriada do método, possamos superar essas contra indicações e assim empreender a psicoterapia das psicoses” (p.250). A contra indicação, acreditava o autor, dizia respeito à dificuldade do estabelecimento do vínculo transferencial no psicótico.

Para o autor, em *Neurose e Psicose* (1923/1996), na psicose há um rompimento do sujeito com o mundo externo, com a realidade. Segundo Freud, os pacientes com neurose narcisista (como denominou inicialmente as psicoses) têm a libido retirada do mundo exterior e reinvestida no mundo interior; assim, esses pacientes não conseguiram desenvolver uma transferência com o analista, condição essa de analisabilidade. Freud não analisou casos de psicose, mas sua obra se desenvolveu entrelaçada à compreensão dos aspectos ligados à psicose, entre eles o estudo sobre o narcisismo.

A propósito das psicoses, em *A disposição da neurose obsessiva*, Freud (1913/1996) afirma que elas “levaram-nos a concluir que, a fixação disposicional tem que se procurar num estado do desenvolvimento libidinal, anteriormente a ter-se estabelecido a escolha de objeto, isto é, na fase de autoerotismo e do narcisismo” (p. 318).

O tratamento da psicose foi aprofundado por outros analistas que investigaram e teorizaram sobre o desenvolvimento emocional primitivo, a partir do entendimento de que tais pacientes desenvolvem uma transferência peculiar, geralmente chamada de “transferência

psicótica” (Zimerman, 1999, p. 234), que pode instalar-se de forma precoce com muita dependência, e pode ser tenaz, porém frágil e muito instável.

Dentre tais analistas, ressaltamos as contribuições de Bion, estudioso inglês que atendeu casos de psicose logo após sua fase de interesse pelos grupos. A escolha do vértice bioniano faz ressonância com o percurso da minha formação na compreensão da condição humana, e não apenas da psicose.

Bion fundamentou seu trabalho nas concepções de Freud e Klein, essa última, sua analista. Ele trabalhou com grupos, o que despertou seu interesse por analisar psicóticos. Desenvolveu posteriormente uma teoria geral do aparelho psíquico como um aparelho para gerar pensamentos e para pensá-los, isto é, para criar, desenvolver e usar formações simbólicas (Bion, 1964b).

Assim como Klein, utilizou a ideia de funcionamento psíquico em vez de estrutura, como usado por Freud. Bion (1994b) percebeu diferentes dimensões psíquicas funcionando simultaneamente na mesma pessoa, ou seja, a multidimensionalidade da mente. O autor construiu a proposição da existência de uma parte psicótica da personalidade e uma parte não psicótica. Bion não se referia à equivalência de um diagnóstico psiquiátrico, mas, sim, ao espectro quantitativo e qualitativo acerca da área da mente. Isso se refere muito mais ao tipo de angústia, a características do estado mental, a um modo de funcionamento mental coexistindo com outro modo de funcionamento.

Bion contribuiu para se pensar a multidimensionalidade da mente ao reconhecer a integração entre estados neuróticos e psicóticos, sadios e patológicos coexistindo na mesma personalidade, num movimento dinâmico. O funcionamento psicótico seria o funcionamento mental que não tolera o contato com a realidade e as frustrações inerentes a esse contato, predominando a tendência de se evadir da frustração, destruindo a capacidade de pensar. Ele diz que “o contato com a realidade é mascarado pelo predomínio, na mente e na conduta do

paciente, de uma fantasia onipotente, que visa destruir a realidade, ou a consciência dela e, assim, atingir um estado que não é vida, nem morte” (Bion, 1994 b, p. 59).

O autor ressalta que a parte psicótica da personalidade é distinta da ‘personalidade psicótica’, que constitui a predominância desse funcionamento. Dessa maneira, esse tipo de funcionamento pode estar presente em diferentes estruturas psíquicas. Na psicose há preponderância do funcionamento da parte psicótica, com fragmentação da personalidade e desestruturação da mente, contrária ao desenvolvimento do pensamento. Bion descreveu que, no neurótico grave, existe uma personalidade psicótica escondida pela neurose. Assim “como no psicótico, a personalidade neurótica é ocultada pela psicose, e tem de ser revelada e trabalhada.” (Bion, 1994a, p. 77). Desse modo, para ele, a condição mental abriga estados de mente contrários e recíprocos e esse movimento possibilita expansão e crescimento mental.

Bion (1994a) amplia o entendimento sobre a psicose e identifica que a intolerância à frustração e a incapacidade de tolerar e conter as emoções gera no sujeito uma vivência terrorífica da realidade interna e externa.

Em seu artigo *Uma teoria sobre o pensar*, de 1962, apresenta o conceito de “terror sem nome”, que acontece quando a mãe falha na função de *rêverie*. O bebê projeta suas angústias dentro da mãe, que as acolhe; se a mãe falha nessa função e não as contém ou elabora, a criança reintrojetará suas angústias acrescidas às angústias da mãe, sob a forma de um terror que o ego ainda não tem condições de significar e nomear, terror sem nome. Isso quer dizer que o sujeito se constitui na relação com o outro que exercerá a função materna de *rêverie*.

Na análise, a posição de *rêverie* do analista representa uma posição ética que Bion (1967) descreve como “sem memória, sem desejo e sem compreensão”. Esse conceito equivale ao de atenção flutuante de Freud. Bion queria dizer que o analista deve evitar que sua mente esteja saturada de memórias anteriores, de seus desejos próprios e da expectativa de compreensão do que ocorre na sessão. Na análise, o paciente também se utiliza da

identificação projetiva como forma de comunicação quando tenta, inconscientemente, despertar no analista emoções que não pode suportar. O que permite ao analista a função de continência é a interpretação. Por meio dela, as experiências emocionais ganham significado, podem ser pensadas e transformadas. O trabalho de Bion considera a experiência emocional imediata na sessão com o paciente, considerando que o contato emocional a cada momento, com suas nuances, permitirá o surgimento de algo novo.

A personalidade psicótica utiliza, em excesso, mecanismos projetivos e dissociativos de seus objetos internos de tal maneira que o psicótico sente-se rodeado de fragmentos expulsos que o ameaçam e o cercam por todos os lados. A esses objetos Bion denominou “objetos bizarros”, em função de sua imprevisibilidade, pois escapam ao controle do sujeito, ficando alojados em objetos materiais do mundo exterior, de forma a emprestar-lhes características da natureza humana.

Bion (1994c) desenvolve, assim, a concepção de um aparelho psíquico que nasce e se desenvolve em função da relação com um outro já capaz de um funcionamento psíquico adequado. Um aparelho psíquico para gerar pensamentos e para pensá-los, isto é, para criar e utilizar formações simbólicas. A função alfa é responsável não só pela transformação de percepções e emoções brutas em elementos psíquicos/simbólicos, mas também pelo desenvolvimento desses últimos em termos de diferentes níveis de abstração e complexidade, bem como pela capacidade de pensar. As impressões sensoriais e experiências emocionais que não conseguem ser transformadas são expulsas e evacuadas. Por isso, não se prestam à função de pensar e são vivenciadas como sendo coisas concretas em si mesmas.

O desenvolvimento de um aparelho para pensar depende do interjogo dinâmico de um lado, da capacidade de *rêverie* materna e, de outro, da capacidade inata de tolerar frustrações. A capacidade de tolerar frustrações pode seguir três caminhos. Se a intolerância à frustração for intensa, desenvolve-se um aparelho para evacuar emoções e sentimentos insuportáveis.

Essa evacuação pode dar-se por meio de descarga motora, por meio de sintomas psicossomáticos. No segundo caminho, se a intolerância à frustração não for tão forte, pode haver tolerância da realidade, mas a personalidade desenvolve a onipotência. Bion nos diz: “isto implica o suposto de que a onisciência seja um substituto do aprender com a experiência pela ajuda dos pensamentos e do pensar. Assim, não existe nenhuma atividade psíquica para discriminar entre o que é falso e o que é verdadeiro” (p. 131). A onisciência substitui a discriminação entre verdadeiro e falso por uma afirmação ditatorial de que uma coisa é moralmente certa ou errada. A pretensão de ter uma onisciência que negue a realidade seguramente faz com que a moralidade, que nessas condições se forma, seja uma função da parte psicótica da personalidade. Quando há tolerância à frustração é possível que se processe o caminho de aprender com a experiência e iniciar o processo de pensar.

Para a formação do pensamento são necessárias as interações dinâmicas entre as funções de continente/conteúdo, assim como entre as posições esquizo-paranóide e depressiva. A elaboração exitosa da posição depressiva possibilita a formação de símbolos, “os quais substituem e representam todas as perdas inevitáveis no curso do desenvolvimento, sendo que é a formação de símbolos que permite a capacidade de generalização, de abstração e de criatividade” (Zimerman, 1995, p. 92).

Nos pacientes psicóticos há uma prevalência da posição esquizo-paranóide sobre a depressiva, e isso determina que não se processe a capacidade de formação de símbolos. Prevalecem os pensamentos que precisem ser expulsos, como uma evacuação. Da mesma forma, os pensamentos do paciente psicótico não conseguem atingir uma síntese, e “só podem ser aglomerados, prensados, dilacerados, entesourados, expulsos” (p. 93). Zimerman (1995) postula que, em pacientes com estruturação psicótica, a atitude interna do terapeuta de empatia e continência assume alta relevância.

Para Bion (1965), vínculos seriam estruturas emocionais que unem duas pessoas ou duas partes de uma mesma pessoa. Considera que existem emoções básicas que inevitavelmente se encontram presentes em toda relação e nomeou três vínculos fundamentais: Amor (L-love), Ódio (H-hate) e Conhecimento (K-knowledge). Destacamos o vínculo K pela ligação com suas pesquisas sobre o pensamento, importante vértice de sua obra. O vínculo K-Conhecimento, derivado do desejo da mãe de conhecer o seu bebê, teve um destaque especial em sua obra. Seu trabalho ressalta a existência do aparelho para pensar os pensamentos e o conhecimento, sendo que, para esse autor, o conhecimento seria apenas parte do pensar. O conhecimento se desenvolveria em função do pensamento. Esse último necessita estar sempre associado à emoção, o que acontece pela função vinculadora de K, oferecendo sentido às experiências emocionais. O vínculo K é de importância suprema para o desenvolvimento da mente e da personalidade, representa a atitude introspectiva do indivíduo que procura conhecer a verdade acerca de si próprio, e não se refere à posse de um conhecimento, mas a um enfrentamento do não saber. Portanto, o grau de mecanismo de negação do conhecimento (- K) seria um dos fatores a determinar a condição psicótica, sendo que o grau máximo dessa defesa é o que os psicanalistas chamam de forclusão, termo original de Lacan, caso em que a negação atinge grau de ruptura com a realidade (Zimerman, 1995).

Bion (1966) descreveu um modo particular de configuração inerente às estruturas de mudança psíquica e transformação que denominou de mudança catastrófica. A mudança catastrófica corresponde “às situações em que uma mudança determina uma subversão de um sistema ordenado de coisas (como em um *establishment*, ou em uma couraça caracterológica de algum analisando), e que desperta sentimentos de desastre iminente nos participantes, porque ela aparece de forma brusca e violenta”, configurando uma desorganização do funcionamento mental (Zimerman, 1995, p. 61).

A mudança catastrófica gera sensações de desastre iminente, como angústia de aniquilamento e despersonalização, medo da loucura. Bion (1975) acrescenta que o conceito de mudança catastrófica deve ser compreendido no sentido de que, embora represente uma força que busca conter o impensável, também pode representar um movimento vital para a mente, possibilitando seu crescimento.

Nesse sentido, a crise, do ponto de vista bioniano, significa turbulência emocional, gerando sensações de aniquilamento, ao mesmo tempo que representa um movimento de vitalidade para a mente, de possibilidade de contato com os aspectos negados anteriormente pela mente, e de crescimento mental.

Meltzer (1989) aponta que o modo de funcionamento mental do adulto mantém as oscilações ou preponderâncias de partes infantis (destrutivas e esquizofrenizantes), e esse modo de funcionar determina o modo de organizar as relações pessoais com a família e com o mundo externo (Meltzer apud Oliveira, 2000, p. 166).

Bion não realizou atendimentos às famílias, mas sua teorização atribui importância à influência da mãe real no psiquismo da criança, o que podemos ampliar considerando também a importância dos pais e avós. Assim, podemos apreender que:

toda a vida familiar, seja qual for a orientação ou cultura em que se insere, contribui para o desenvolvimento mental do indivíduo. Mais ainda: este desenvolvimento é considerado pela família como um objetivo a alcançar- desenvolver o pensamento do indivíduo de maneira a que este possua compreensibilidade, insight, e capacidade de tolerar a incerteza (Oliveira, 2000, p. 166).

Oliveira (2000) ainda diz que “a família constitui-se desta forma, e por vezes sem grande consciência disso, como uma via importantíssima de canal inter-relacional entre o indivíduo e o meio comunitário envolvente” (p. 167).

2.2. A clínica de família no CAPS: estratégias de intervenção junto às famílias

O trabalho de um CAPS tem como princípio a não interrupção dos vínculos de seus pacientes com o seu cotidiano. O paciente é acompanhado durante o dia e retorna à sua casa, criando novos vínculos, e mantendo os vínculos já estabelecidos. Assim, ele chega ao CAPS com as demandas de suas relações vividas em casa, no seu bairro.

Uma das demandas desses pacientes diz respeito às relações estabelecidas no ambiente familiar. Desde questões que precipitaram a crise, relacionadas aos acontecimentos familiares, como a perda de um ente querido, o nascimento ou casamento na família, até conflitos e persecutoriedade, que são direcionados à figura de um familiar mais próximo, divergências que se estendem ao reconhecimento do adoecimento, a condução do tratamento, ou recusa desse, tanto pelo paciente quanto pelo familiar. Desse modo, o projeto do paciente é articulado aos familiares e/ou responsáveis que o conduzem ao CAPS para o tratamento.

As estratégias de cuidado às famílias nos CAPSs incluem o atendimento de grupo de familiares, atendimento do núcleo familiar, participação nas assembleias, atendimento individual e atendimento domiciliar (Linha Guia, 2006). Essas diversas modalidades são desenvolvidas de acordo com a interação de cada família com a equipe.

Nos CAPSs, o atendimento em grupo constitui o principal recurso terapêutico. As iniciativas grupais surgiram com as experiências de reforma dos hospitais psiquiátricos, no atendimento aos doentes mentais (Lancetti, 1993). Os dispositivos grupais foram valorizados em função da importância das trocas interativas que o grupo possibilita, funcionando como um espaço de potencialidade de trocas intersubjetivas. A prática com grupos inicialmente aconteceu com casos de neuroses graves, psicoses ou estados-limites, *borderlines*.

Na Argentina, a ênfase no trabalho com grupos recebe o mérito do psicanalista Pichon-Rivière que, na década de 1940, com o trabalho grupal dentro do hospital psiquiátrico, esteve

envolvido com as questões do tratamento da loucura e com a crítica às formas de tratamento que agravavam os sintomas. Pichon-Rivièrre (1983) desenvolve o conceito de “grupo operativo”, um instrumento terapêutico cuja finalidade é ensinar a pensar em termos de resolução das dificuldades criadas e manifestadas no campo grupal. Seu modelo propõe uma compreensão do grupo que tenta articular a Psicanálise e a Psicologia Social e, com suas primeiras pesquisas, abriu o campo de elaboração teórica e de interesse a outros psicanalistas.

Bion (1995), partindo de suas experiências com grupos em um hospital militar durante a Segunda Guerra, assim como na Clínica Tavistock, desenvolveu suas ideias a respeito dos fenômenos regressivos e inconscientes do grupo. Ele postulou sobre o funcionamento grupal em dois planos: um consciente, que denominou de grupo de trabalho, e o outro inconsciente, chamado de grupo de pressupostos básicos, que são reações defensivas e ansiedades primitivas, reativadas na experiência grupal. Esses dois planos funcionam de forma dinâmica e interligados. Para o autor, todo indivíduo tem esses aspectos da grupalidade.

Zimerman (1997) diz que a configuração grupal funciona como um continente para angústias e necessidades de seus participantes. No caso de grupos com pacientes psicóticos essa característica assume importância especial. O grupo facilita ainda aos integrantes discriminar entre realidade interna e externa, os aspectos negados em si mesmo e o que é do outro. Ainda para o autor, os grupos com características homogêneas facilitam o entendimento entre os participantes, por partilharem de vivências semelhantes, e auxiliam as pessoas a assumirem suas dificuldades de forma menos conflituosa. A experiência de que não estão sozinhos é vivida de forma a diminuir a ansiedade dos participantes. Esses aspectos são observados no grupo de familiares realizado no CAPS.

Cada dispositivo grupal tem suas especificidades. A seguir, apresentaremos o grupo de familiares e o desenvolvimento da terapia familiar.

2.2.1. Grupo de Familiares

No grupo de familiares, pais, irmãos, filhos, cônjuges e outras pessoas da família podem partilhar suas experiências da convivência com vivencias desagregadoras e intensas decorrentes da crise psicótica deflagrada em uma pessoa de sua família, bem como reconhecer os próprios sentimentos ambivalentes em relação a este adoecimento, e que não puderam ser vivenciados devido a mecanismos de defesa como a cisão, gerados a partir das configurações vinculares do núcleo familiar, e ainda decorrentes de intenso sofrimento vivenciado pelos familiares, como o processo de culpabilização. Assim, o principal objetivo do grupo é a escuta da angústia dos familiares.

A desospitalização resultou na convivência diária dos familiares com a radical experiência da loucura. Para Melman (2006), os familiares não estavam preparados para lidar com a loucura, gerando nas pessoas sentimentos de impotência, de vitimização, de culpabilização, de fracasso e também de isolamento afetivo e social. A presença da doença mental na família pode provocar uma ruptura na vida de famílias que vivenciam sentimentos de confusão, solidão, desespero. Na pesquisa realizada, quanto à família, o autor observou que é “difícil escapar dos efeitos aterradores dessa percepção negativa e estigmatizante relacionada à doença mental” (p. 16). A pesquisa enfocou o cuidado em relação aos familiares dentro do grupo terapêutico, denominado de Grupo de Familiares, com a participação exclusiva dos familiares, não incluindo o paciente. Melman (2006) tece críticas às teorias que valorizam os aspectos patologizantes do grupo familiar, e considera que este movimento não propicia uma reestruturação da família e de seus vínculos, além de intensificar o sentimento de culpa nas famílias.

Acreditamos que não se trata de culpabilizar a família, mas compreender a lógica de correlações de subjetividades presente dentro do grupo familiar, contribuição dada pela Psicanálise das Configurações Vinculares. O grupo é uma estratégia de cuidado às pessoas

com as quais o paciente estabelece vínculos, possibilitando acolhimento para esses participantes na escuta diante do sofrimento na convivência com a loucura. Pode ainda ser útil aos participantes no auxílio a funções do pensamento, no pensar sobre suas experiências emocionais, o que implica escutar os outros e assumir responsabilidades sobre a natureza dos sentimentos (Zimerman, 1997). O grupo também propicia aos familiares a oportunidade de identificar novas maneiras de pensar os problemas e discriminá-los os distintos aspectos das diferentes situações.

O Grupo de Familiares é também denominado de Grupo de Multifamiliares. Para Ravazzolla, Barilari & Mazieres (1997), compartilhar a mesma problemática cria um intercâmbio terapêutico a partir da ajuda mútua, além de potencializar a emergência e a circulação de aspectos emocionais como gratidão, reconhecimento, raiva, decepção, possibilitando a criação de espaço terapêutico, com a expressão dos próprios sentimentos, e a coparticipação na expressão dos sentimentos dos demais. O encontro de pais, filhos e avós permite se falar “dos filhos” em relação aos “pais”, dos “pais” em relação aos “filhos”. Para os autores, “a presença de outros permite revisar as crenças que cada família sustenta, questionar segredos, informações incompletas e tabus, e abre dúvidas acerca de pressupostos mantidos rigidamente através do tempo” (Ravazzolla, Barilari & Mazieres, 1997, p. 302).

Percebemos que o espaço do grupo por si só pode representar um potencial terapêutico, um espaço de continência e de troca de vivências emocionais para os familiares que encontram-se muitas vezes culpabilizados e isolados diante da experiência da loucura.

2.2.2. Terapia Familiar

O atendimento da família se destina aos membros do mesmo grupo familiar: pais e filhos; avós, se morarem na mesma casa, e ainda pode ser estendido aos filhos que residam fora do meio familiar (Eiguer, 1985).

Pichon-Rivièvre (1983), a partir da prática com pacientes psicóticos hospitalizados, percebeu que havia um interjogo na relação entre paciente, o grupo familiar e a instituição. Com base nessa experiência, delineou conceitos como *porta-voz do conflito familiar, depositário e depositante*, tendo como eixo a correlação entre o indivíduo, sua história e a de seu grupo familiar. Considera o indivíduo resultante de um interjogo estabelecido entre o sujeito e os objetos internos e externos, através de uma estrutura dinâmica que denomina de *vínculo*. Ele define o vínculo “como uma estrutura complexa que inclui um sujeito, um objeto, e sua mútua inter-relação com processos de comunicação e aprendizagem” (Pichon- Rivièvre, 1983, p.48-49).

Como veremos no próximo capítulo, a prática psicanalítica no atendimento de pais e filhos, de casal e de família, produziu um campo teórico próprio que sustenta que não se pode deixar de estar na intersubjetividade com o outro ou mais de um outro (Berestein, 2011; Puget, 1997; Kaës, 2011); ou seja, que o sujeito do inconsciente é sujeito do vínculo. Kaës recorre a Winnicott quando afirma que não existe um bebê separado de sua mãe, ou seja, que o bebê só existe em sua relação com o outro (Winnicott apud Kaës, 2011) e acrescenta, na relação com mais de um outro.

Nesse pressuposto, a intersubjetividade se constrói num espaço psíquico próprio a cada configuração de vínculo. Essa lógica considera o intercâmbio de subjetividades, ou seja, a configuração intersubjetiva onde um sujeito se constitui a partir dos diversos vínculos estabelecidos. Logo, “a vida do sujeito se constrói em suas relações com o espaço psíquico comum e partilhado por vários sujeitos no vínculo e na matriz do grupo primário” (Kaës, 2011, p. 51).

O atendimento à família é uma estratégia prevista dentro dos CAPSs. Porém, o atendimento de família exige uma mobilização complexa do serviço, como veremos adiante. A família geralmente procura ou é encaminhada para tratamento em decorrência de um

sofrimento significativo que desestabiliza todo o grupo, como no caso da crise psicótica, ocorrendo uma desorganização da família. Daí, acolher a angústia de três, quatro pessoas de um mesmo universo familiar, que versam sobre dramas e histórias compartilhadas e aniquiladas, é uma empreitada árdua. O atendimento de família provoca uma turbulência na organização inconsciente estabelecida pelo grupo, mobilizando defesas contra a mudança dessa organização.

A família apresenta o paciente identificado como “o doente” a ser tratado, criando a dualidade entre sadios e doentes, como observado por Berestein (1998). Assim, a família espera uma melhora desse paciente, não se dispondo muitas vezes a ser tratada como família. Essa dificuldade no atendimento institucional pode ser trabalhada permitindo que a família aceite a proposta de trabalho e/ou se dê conta de seu comprometimento enquanto grupo (Eiguer, 1985).

Por outro lado, o dispositivo analítico de grupo possibilita o acesso à organização vinculativa da família, “inacessível de outro modo” (Kaës, 2011, p. 75). Permite experimentar o efeito produzido pelos vínculos e suas correlações.

A abordagem psicanalítica se propõe à escuta que possibilite ao grupo familiar a construção de novos sentidos para suas vivências, angústias e dificuldades a partir da narrativa de sua própria história. Desse modo, a terapia familiar possibilita-nos a escuta da história familiar, a natureza de seus vínculos e a produção fantasmática presente na produção de uma família e da psicose, assim como a ressignificação dos vínculos familiares.

Passaremos a apresentar as diferentes produções teóricas a respeitos dos vínculos no grupo familiar, também denominados de Configurações Vinculares, devido à sua importância na constituição intersubjetiva para os sujeitos.

3. PSICANÁLISE DAS CONFIGURAÇÕES VINCULARES: AS CONTRIBUIÇÕES DAS DIFERENTES ESCOLAS

A Psicanálise reconhece que as formas de ser e de sofrer são constituídas na intersubjetividade. Portanto, é no espaço psíquico familiar, como veremos adiante, que se constitui a subjetividade do sujeito. Pensar a psicose ou o sujeito que adoece é considerar o campo intersubjetivo que gera e sustenta esse adoecimento, do qual fazem parte não apenas a família- inicialmente a relação mãe-bebê- mas também os grupos sociais e a comunidade como um todo. Somos sujeitos atravessados pelo simbólico e pela cultura (Bion, 1995; Berestein, 2011; Eiguer, 1985; Kaës, 2011).

O lugar da Psicanálise na saúde mental se insere na busca das particularidades de cada caso, no diagnóstico dinâmico a partir do que vai acontecendo desde a chegada ao CAPS ou no retorno desse paciente e na possibilidade de reconstruir sua história familiar. O olhar recai sobre a família e seus vínculos. Os familiares também apresentam uma demanda mais ou menos explícita de que necessitam de uma escuta.

Nesse sentido, a Psicanálise auxilia na compreensão dos elementos da configuração psicótica e da família com seus fantasmas, defesas e conflitos. A possibilidade de atendimento de famílias levou os analistas a uma revisão de conceitos e ampliação deles de acordo com os desafios que o novo dispositivo apresentava.

Os analistas de grupos, casais e família, a partir de diferentes inquietações e fracassos nas respectivas práticas, começaram a perceber que a simples transposição do modelo conceitual da análise individual não responderia à complexidade dos vínculos. Com o tempo, as modificações teórico-clínicas foram dando origem a diferentes abordagens psicanalíticas de vínculos denominadas de Configurações Vinculares, ainda que cada configuração – casal, família e grupo – tenha suas especificidades (Puget, 1997).

É sobre a Psicanálise das Configurações Vinculares que discorreremos, buscando compreender os vínculos das famílias que chegam ao CAPS.

A Psicanálise de casal e família surge como uma ampliação da Psicanálise individual (Gomes, 2009), com a experiência dos grupos e atendimento de patologias graves como a psicose.

O tratamento de grupo de familiares esteve ligado aos atendimentos institucionais realizados a pacientes esquizofrênicos e suas famílias. Pichon-Rivière (1983), psiquiatra argentino, evidenciou a influência dos vínculos da família na produção da psicose e encontrou nela as bases para a compreensão da doença mental, através da noção de “porta voz ou depositário” das tensões do grupo familiar. Para o autor, a doença mental não é considerada como doença de um sujeito, mas de todo o grupo familiar. Existe um grupo familiar doente que deposita no paciente ansiedades e tensões de todo o grupo, do qual o paciente é emergente. Denominado de paciente depositário, emergente ou designado, ele adoece como uma forma de se preservar do caos inerente ao grupo familiar. Se o papel do paciente for eficaz, o grupo consegue manter certo equilíbrio.

O desafio no atendimento de pacientes de difícil abordagem, dentre eles o psicótico, determinou o interesse psicanalítico pela família e seu funcionamento. Os psicanalistas de família se apoiaram nos referenciais desenvolvidos por Freud, Bion, Klein, Winnicott, Bleger e Pichon-Rivière, fundamentalmente, para desenvolver suas teorias.

Existem várias correntes teóricas na área de casal e família. A corrente inglesa é representada pela produção emblemática da Clínica Tavistock, sediada em Londres, onde diversos analistas iniciaram o atendimento de família e casal, trabalhando com a noção kleiniana de mundo interno, objeto interno, relações de objeto familiares. A Psicanálise Vincular ou das Configurações Vinculares tem, na França, como principais fundadores, Eiguer e Kaës. Na América Latina, Pichon-Rivière, Berenstein e Puget, com a noção do

vincular, apresenta uma corrente teórica que se diferencia da Psicanálise inglesa e da noção de relação de objeto.

3.1. As relações objetais constitutivas do vínculo: conjecturas do modelo inglês

No princípio tudo era emoção.

Bléandonu

A produção teórica da Clínica Tavistock é o resultado de trabalhos com grupos, crianças e famílias baseados nas relações de objeto, procedente do trabalho de Klein e Bion, incluindo esse último no trabalho com grupo. A característica comum entre eles é a importância atribuída à fantasia inconsciente na elaboração e desenvolvimento dos relacionamentos, enfatizando a experiência emocional vivida no “aqui agora” como possibilidade de se elucidar o “mundo interno” ou “fantasias compartilhadas” na família, assim como a ênfase na noção de “espaço para pensar” (Box, 1994, p. 17). A condição de pensar, tanto do indivíduo, quanto da família, mantém relação com estados afetivos e com a forma de lidar com a dor psíquica e possibilita reagir a essas experiências. Sendo assim, o foco do trabalho é o espaço para a família entrar em contato com seus sentimentos e ser capaz de ampliar a capacidade de pensar suas experiências emocionais.

Bion (1994c) ampliou a noção de identificação projetiva como uma forma de comunicação primitiva normal, influenciando definitivamente a técnica e a teoria kleinianas.

Klein (1946) considerava a identificação projetiva um mecanismo no qual, por meio da fantasia, aspectos indesejados da personalidade são cindidos e projetados para dentro de um objeto, para controle. Essa teorização ampliou o conceito de transferência, na qual, além de palavras, estão sendo comunicadas, sob formas primitivas, emoções, o que Klein denomina de

“situação total”, ou seja, “situações totais transferidas do passado para o presente, bem como em termos de emoções, defesas e relações objetais” (Klein, 1991, p. 78).

Com Bion, a partir do trabalho com grupos e também com a análise de psicóticos, as identificações projetivas passam a ser compreendidas como uma modalidade de comunicação da mente primitiva, entre o bebê e a mãe, analisando e analista. Dessa forma, cada paciente com seu analista construirá uma nova história, própria da dupla, no espaço intersubjetivo. Por isso, cada análise se faz numa experiência única, singular. Com base na experiência em analisar pacientes psicóticos, formulou o conceito de “continente” e “conteúdo”, escreveu sobre a importância do *rêverie materno*, da função alfa. Bion (1994c) enfatizou que o bebê emprega a identificação projetiva na mãe como continente. O bebê projeta suas angústias na mãe, que tem a função de continente, um continente capaz de receber os conteúdos emocionais do bebê e significá-los, ou seja, de decodificar as atividades de evacuação emocional realizada por meio da identificação projetiva.

Meyer (2002), representante da escola inglesa, diz que a noção de relações objetais familiares pode ser comparada aos vínculos, e ao modo como os membros da família atribuem e comunicam uns aos outros características particulares. Segundo o autor, o ponto central para a compreensão da dinâmica familiar é a noção de um conflito intrapsíquico que se desloca para os outros membros. O mecanismo responsável por essa interação é a identificação projetiva, meio pelo qual parte do mundo interno do sujeito é deslocado, projetado para outro objeto. Por essa razão, o sujeito fica despossuído dessa parte, distorcendo a percepção do outro e de si mesmo. Dessa forma, pode-se postular a existência de um “objeto familiar inconsciente, cuja externalização irá modelar a qualidade das interações pessoais dentro da unidade familiar” (p. 22). A qualidade das interações familiares dependerá do interjogo de identificações projetivas que poderá se fixar em papéis e posições rígidas, tentando manter o outro na condição de continente de determinados aspectos inconscientes

indesejados de si mesmo. Da mesma maneira, a estrutura psicótica se configura com o uso excessivo do mecanismo de identificação projetiva e o uso de defesas primitivas contra as ansiedades.

O arranjo compartilhado por todos do grupo familiar dependerá da forma como lidam com sentimentos penosos e contraditórios advindos da condição humana: perda, separação, exclusão, dependência entre outros. A família tende a usar mecanismos de cisão e projeção de aspectos insuportáveis ou idealizados e todos e cada um adquirem condição e papel específicos na manutenção desse arranjo.

Meyer (2002), em relação à identificação projetiva no grupo familiar, afirma que pode acontecer de uma pessoa conseguir digerir o que é projetado e devolver de forma mais elaborada para os demais. Porém, a elaboração nem sempre é possível e, quando ela não acontece, os aspectos projetados serão devolvidos novamente sob a forma de identificação projetiva. Outra possibilidade é que o medo de identificar-se com o objeto projetado leve a uma batalha de força e, como consequência, “as experiências de cuidar/ser cuidado, apoiar/receber apoio e confiar/receber confiança podem acabar perdidas ou bloqueadas dentro da família” (p. 19). Esses aspectos acabam cindidos e passam a ser vividos como um modo de ser único, por exemplo, uma pessoa passa a cuidar e a outra a ser cuidada, não podendo isso ser vivenciado de forma ambivalente. Nas famílias onde irrompe uma psicose, fica impossibilitada a vivência da ambivalência, ocorrendo uma cristalização dos arranjos defensivos, sem a possibilidade de circulação de diferentes experiências emocionais.

Meyer ainda ressalta que a noção de relações objetais familiares é apoiada pela ideia introduzida por Bion (1975) em *Experiências com grupos*, que trata do indivíduo e do aspecto de “grupalidade”. No trabalho com grupo, teorizou que esse opera em dois níveis simultâneos: um que ele denomina “grupo de trabalho” e, outro, de “grupo de supostos básicos”. O primeiro está voltado para os aspectos conscientes de uma determinada tarefa

combinada por todos os membros do grupo. O segundo funciona nos moldes do processo primário do pensamento, e existe para preservar o grupo. Os supostos básicos se opõem ao desenvolvimento, promovendo defesas contra ansiedades primitivas e psicóticas. Bion descreveu três modalidades de supostos básicos: dependência, luta / fuga e acasalamento.

O “fenômeno grupal” pode ser observado como parte de cada indivíduo, relacionado com aspectos inconscientes muito primitivos, os quais emergem dentro dos dispositivos dos grupos. Segundo Melo Franco Filho (2003), para Bion,

o grupo não era uma entidade, mas um ponto de vista. Com isso ele se alinhava a Freud, para quem não havia diferença entre grupo e indivíduo. Bion enfatizava que o que chamamos de "fenômeno grupal" se trata da captação de algo que já faz parte da mente do homem, independente de ele estar reunido, ou não, com outras pessoas. O "grupo" faria parte de um funcionamento protomental, numa área em que corpo e mente não se distinguiriam, com registros carentes de simbolização e que, com a cesura do nascimento, só voltaria a se manifestar em condições especiais. Essas manifestações, na vida pós-natal, se traduziriam em termos de doença psicossomática ou comportamento grupal (p.23).

A interação familiar se processa a partir dos aspectos inconscientes da “grupalidade” presente no indivíduo, determinando o arranjo familiar.

Box (1994) salienta a importância atribuída à possibilidade de a família entrar em contato com seus sentimentos e reações, ser capaz de pensar sobre eles e possibilitar mudanças em seus mundos internos. Esse trabalho é realizado por meio dos conteúdos transferidos aos terapeutas: sentimentos e fantasias compartilhadas inconscientemente pela família.

3.2. A inter-relação dos vínculos narcísicos e objetais na constituição inter-subjetiva: versões da clínica francesa

O que herdaste de teus pais, conquista-o para fazê-lo teu

Goethe

Dois teóricos apresentam importantes contribuições sobre o atendimento familiar e grupal, respectivamente, Albert Eiguer e René Kaës.

Eiguer (1985), no atendimento às famílias, pesquisou os mecanismos de funcionamento inconsciente e seus vínculos, e desenvolveu o conceito de interfantasmatização, que seria o ponto de encontro dos fantasmas individuais de cada membro familiar (p. 43).

Eiguer (1995) aplica as teorias freudianas do investimento narcísico e libidinal aos vínculos e considera que os vínculos narcísico e libidinal contribuem para a solidez do grupo familiar, juntamente com a interfantasmatização. O vínculo narcísico é o investimento narcísico comum às ligações humanas e para o qual cada membro da família contribuiria. O vínculo libidinal de objeto seria dominado pelos investimentos libidinais de objeto, e funcionaria de modo conjunto e articulado entre os parceiros, pela identificação projetiva.

A interfantasmatização inconsciente é descrita como um duplo investimento recíproco e simultâneo entre os indivíduos. Os membros do grupo “são invadidos por um movimento de ilusão narcísica em que se permitem, da mesma forma que o bebê com a mãe, criar fantasias ‘em uníssono’” (Eiguer, 1995, p. 111). A interfantasmatização preenche um dos papéis de organizador do psiquismo familiar, o terceiro organizador. Este conceito se apoia nas ideias de Spitz, Anzieu e Ruffiot.

O primeiro organizador do psiquismo familiar, para Eiguer (1985), envolve o conceito do Édipo e suas transformações, sendo o amor intenso e incestuoso e sua proibição o que levará o sujeito a investir num vínculo fora, que dará origem a uma nova família. A escolha inconsciente do parceiro permite que se entrecruzem os objetos inconscientes e os dois objetos acumulados inauguram um “mundo objetal partilhado” (p. 32), reunião nova que configura uma dimensão organizadora. Eiguer destaca:

junto com o mundo interno grupal, o primado do Édipo organiza-se progressivamente pela introdução (no interior da relação, e mais tarde no grupo familiar) da lei reguladora do desejo e da proibição, a lei da diferença sexual, todas as leis criadoras da diversidade simbólica e do respeito pelo outro, respeito sempre ameaçado pela fusão total que é a “fatalidade” de todo grupo (Eiguer, 1985, p. 32).

A esse respeito, Eiguer (1985) cita as descobertas de Ruffiot sobre a ausência do interdito e do desejo nos intercâmbios fantasmáticos presentes nas famílias psicóticas; além de um pensamento sem alcance simbólico e relato concreto, sem valor afetivo.

O segundo organizador do psiquismo familiar, o eu familiar, organiza o mundo interior grupal compartilhado pelos membros do grupo, ao mesmo tempo em que permite que se reconheçam pertencentes a uma família. Um dos elementos do eu familiar é o sentimento de pertença familiar, que dá origem ao sentimento de familiaridade. O segundo elemento é o *habitat* interior. Eiguer (1985) cita que foi Berestein quem primeiro ressaltou o interesse do habitat como fonte fantasmática da família. Para Berestein, “a casa familiar traduz igualmente a representação simbólica de cada um de seus membros: seus papéis; suas alianças, manifestas, latentes ou ocultas, estas duas últimas sendo bem mais fundamentais para definir afinidades e rivalidades” (Berestein apud Eiguer, 1985, p.40). O terceiro componente do eu familiar é o ideal de ego. A aplicação do ideal de ego é direcionada ao psiquismo grupal familiar e supõe o encontro dos ideais pessoais dos membros da família, mas supõe também que o ideal de ego familiar possa se distinguir do ideal do ego individual.

Em relação à família de pacientes psicóticos, Eiguer (1985) assinala que o vínculo narcisista predomina como modo de funcionamento não havendo acolhimento das angústias do outro, prevalecendo fantasias de interpenetração e fusão. O autor propõe a compreensão do sintoma psicótico como produção interfantasmática do grupo familiar, ainda que o sintoma psicótico possa ser analisado de acordo com o funcionamento individual, intrapsíquico. Eiguer considera que, “assim como o sintoma neurótico é um compromisso entre duas

instâncias do aparelho psíquico individual, o sintoma psicótico é uma formação de compromisso empregada pelo funcionamento familiar” (pp. 89-90).

Outro autor da escola francesa que apresenta significativas contribuições ao tema grupal é R. Kaës. Suas proposições visam apreender como o sujeito do inconsciente se encontra submetido a um “conjunto intersubjetivo” de sujeitos do inconsciente, sustentando que o sujeito do inconsciente é o sujeito do grupo, isto é, sujeito formado da e na intersubjetividade. A intersubjetividade “se constrói num espaço psíquico próprio a cada configuração de vínculos” (Kaës, 2011, p. 23). Sua produção teórica se desenvolve a partir de uma questão central para a Psicanálise: a condição intersubjetiva da formação do inconsciente e do sujeito do inconsciente. Para o autor a transmissão psíquica é análoga à transmissão do inconsciente grupal. Ele retoma o artigo de Freud (1914), *Uma introdução ao narcisismo*, do qual destaca a dupla existência do indivíduo, “é o fim para si próprio e encontra-se submetido a ‘uma cadeia’ da qual ele é o elo, beneficiário, servidor e herdeiro” (Freud, 1914/1996, p. 85). O sujeito está submetido a uma ordem intersubjetiva que o constitui, ele existe no desejo inconsciente dos pais e avós.

Kaës (2011) sustenta que não se pode deixar de estar na intersubjetividade, ou seja, o sujeito se constitui a partir das ligações inconscientes com outros sujeitos. Estas podendo ser estruturantes ou alienantes. O sujeito do inconsciente é sujeito do vínculo, e é no vínculo com o outro e com “mais de um outro” (p. 23) que a sua vida psíquica se constrói. Portanto, a família, enquanto grupo, tem tanto a função estruturante, quanto pode se tornar alienante.

Para o autor, o processo de transmissão psíquica implica a ligação entre gerações, favorecedora de transformações, uma evolução entre o que é transmitido e o que é herdado e depois adquirido, fundando a subjetividade do sujeito, constituindo sua própria história, permitindo que o sujeito se inscreva em um grupo, diferenciando-se dos demais. Esta é a transmissão psíquica intergeracional, feita de ligações e transformações. Ainda segundo o

mesmo o autor, a transmissão psíquica é transmitida no interior da família por aquilo que não se contem, aquilo que não foi passível de metabolização, de integração. Transmite-se os lutos, os segredo, os vazios, os traumas que não puderam ser elaborados, caracterizando a denominada transmissão psíquica transgeracional.

Kaës (2011) se interessa pela questão da intersubjetividade e adverte para a condição intersubjetiva da formação do inconsciente e do sujeito do inconsciente. Considera que a noção de alianças inconscientes abre caminho para esta análise, ou seja, o processo de formação do inconsciente e o sujeito do inconsciente na intersubjetividade:

devido a sua estrutura, a seus conteúdos e a suas funções, as alianças inconscientes são a base e o cimento da realidade psíquica que nos liga uns aos outros, formam a matéria da realidade psíquica própria a um vínculo intersubjetivo: um casal, uma família, um grupo, um conjunto institucional. As alianças inconscientes são eficazes em outro nível: são um dos modos de produção do inconsciente recalado e do inconsciente não recalado exigido para fazer parte do vínculo. Elas fabricam uma parte do inconsciente de cada sujeito: cada um de nós está sujeito a tais alianças. Elas são constitutivas da realidade psíquica do sujeito singular, na medida em que ele é sujeito do vínculo (pp. 225-226).

Cada um de nós é sujeito e sofre o efeito das alianças inconscientes. Kaës (2011) distingue as alianças que contribuem para a estruturação psíquica: o pacto edipiano, o contrato narcísico e as alianças com derivações alienantes e patológicas, como o pacto denegativo, que conceitua:

uma metadefesa baseada em diversas operações defensivas: de recalque e denegação, mas também de negação, de desautorização, de rejeição ou enquistamento. Ao mesmo tempo que é necessário à formação do vínculo, ele cria neste o não significável, o não transformável, zonas de silêncio, bolsas de

intoxicação que mantêm os sujeitos de um vínculo estranhos a sua própria história e à história dos outros (Kaës, 2011, p. 204).

Percebemos então o paradoxo apontado por Kaës sobre o pacto denegativo, algo que aliena e ao mesmo tempo constitui os vínculos. O autor assinala que, para se formar um casal, uma família, um grupo, o sujeito investe e é investido não de maneira aleatória, mas via identificação. Essas identificações se apoiam em “acordos prévios” que acompanham as primeiras experiências intersubjetivas. Além das identificações, para se estabelecer vínculos são necessárias alianças, algumas conscientes, e outras inconscientes. As alianças se formam de tal modo que o vínculo tem uma importância decisiva para cada um dos sujeitos. Os vínculos, dentro do grupo, seja ele casal, família, instituição, derivam de alianças e pactos que seus membros estabelecem e que acabam determinando um certo lugar psíquico a ocupar na configuração vincular, assim como determinam os sintomas de cada um no vínculo. Os sintomas passam a ter uma função para o sujeito e para o outro, e é reforçado por ambos.

A análise do sintoma, então, deve ser buscada não somente na estrutura do próprio sujeito, mas na análise intersubjetiva, nos vínculos mantidos através dos pactos, alianças, através do sintoma e do sofrimento daquele que se faz “porta sintoma”, para ele mesmo e para os outros (Kaës, 2011). Os pactos, as alianças inconscientes são tecidos para que os sujeitos não saibam nada de si ou dos que o antecederam, seus pais, seus avós. E são tecidos cotidianamente nos vínculos familiares.

3.3. Os efeitos de presença no campo vincular: concepções da escola argentina

*Eu não sou eu nem sou o outro,
Sou qualquer coisa de intermédio:
Pilar da ponte de tédio
Que vai de mim para o outro.*

Mário de Sá-Carneiro

Isidoro Berenstein e Janine Puget criaram novas bases para a Psicanálise de Família com a noção de vínculo, ou o que eles preferem denominar de *vincular*, já que vínculo é um termo largamente utilizado na Psicanálise com vários sentidos. Os autores investigam os vínculos familiares, as produções sintomáticas do vínculo, bem como a estrutura do sujeito produzido no vínculo, e consideram o vínculo como “uma estrutura inconsciente que une dois ou mais sujeitos, e que os determina em base a uma relação de presença” (Berenstein, 2001, p. 246).

Assim, juntamente com Puget, Berenstein (a partir da clínica com famílias e casais, desde a década de 1950), sistematizou uma teoria própria sobre o “vincular”. O termo passou por modificações desde a década de 1970. Os estudos (Berestein, 2011 & Puget, 2012), argumentam que o paciente está inserido em uma trama familiar e estabelece vínculos próprios, com sentidos próprios a partir do que foi herdado pelo processo de identificação, denominado de intrasubjetivo; também pelas experiências dolorosas vividas por seus pais e que não puderam ser introjetadas, com aspectos transgeracionais ou intergeracionais; e a partir de seus vínculos presentes graças às experiências da cultura, constituem os vínculos transsubjetivos.

A dimensão intersubjetiva é ponto de importante discussão para a Psicanálise. Na Psicanálise Vincular, a dimensão intersubjetiva é reservada para o desenvolvimento que ocorre na presença do outro, ou de mais de um outro, ou “entre” outros. Berestein (2011) destaca que vínculo “é da ordem da apresentação e da ação que se deriva do fazer. Este componente não está representado nem o poderia estar, porque não foi realizado. O que está ainda não foi feito, pode ou não ser levado a cabo” (p. 94).

A análise individual esteve centrada nas identificações, na identidade, nas elaborações das perdas de objeto, na ausência. Na análise vincular, há um descentramento e a identificação divide o lugar com a presença, com a imposição do outro a partir de sua alteridade, da *ajenidad* (Berestein, 2011; Puget, 2012). A diferença entre presença e ausência permitiu a

passagem para outro modelo psicanalítico bastante diferente. Uma outra metapsicologia é construída onde não há hegemonia na constituição da subjetividade, não há centro, nem Complexo de Édipo, nem vínculo. Essas duas lógicas são consideradas por Puget (2012) como superpostas e descontínuas: a lógica da ausência, da falta, do mundo representacional; e a lógica dos efeitos de presença, na qual o outro é considerado na sua diferença, na sua alteridade, no “excesso”. O outro é mais do que é projetado nele, e se faz conhecer como presença.

Para Moscana, Mauer e Resnizky (2012):

na cena vincular algumas questões se representam e outras se apresentam, daí a ideia de coexistência de diferentes lógicas. Isto permitiu entender, entre outras coisas, o paradoxo de que o singular e o múltiplo operem simultaneamente. Uma das consequências desta maneira de pensar e trabalhar na clínica foi perceber que o outro é mais do que o projetado nele, e que tal excesso é o que se dá a conhecer como presença (p. 3).

Para Berestein (2011), vínculo é “o trabalho de estar juntos na diferença e de produzir um encontro” (p. 102). Aqui, a condição necessária para a vida é estar com os outros e fazer algo entre os outros. A subjetividade vincular entende que o sujeito se torna outro no vínculo com o outro, na sua diferença, e essa diferença marcará o trabalho vincular. No vínculo com o outro, ambos se produzem como sujeito, e se tornam “outro com o outro”, se modificam, nenhum é o centro, e são constituídos a partir das relações de poder presentes no vínculo.

Chegamos então ao paradoxo vincular, pois à medida que o vínculo entre duas pessoas cresce, aumenta a distância entre os dois. A distância cria a possibilidade do aumento do vínculo, os sujeitos iniciam o trabalho vincular porque estão separados. O outro é sempre “inabarcável” e essa distância produz o interesse, possibilita a experiência, produz o inesperado, o efêmero. Cada outro marca o sujeito por uma presença que Puget e Berestein chamam de *ajenidad* que excede o desejo e não é sujeita à representação:

Um dos paradigmas da relação com o outro, em que se inclui desde sempre o vínculo mãe-bebê, é a relação de estrangeiridade (*ajenidad*) que oferece um limite à representação, o outro nos interpela assim como se sente interpelado por nós à espera de um trabalho orientado a construir conosco um idioma e seus códigos, sabendo que há uma língua que nunca será própria e que deveremos continuar produzindo em comum (Berestein, 2011, p. 104).

A noção de vínculo está imbricada com o conceito de outro. Condição já reconhecida na Psicanálise como elemento constitutivo de subjetividade. No vínculo, o outro é marcado pela *ajenidad* apresentando o irrepresentável e incognoscível. Nesse sentido, a temática da diferença está presente retomando de forma original a condição de estrangeiridade, com a presença de um outro.

Essa nova forma de conceber o vínculo e sua diferença radical a princípio me pareceu também representar o conceito de inabarcável, pensando sobre o contato com a psicose e o que com ela fica demarcado de forma radical com a alteridade, o incognoscível.

Berestein (2011) diz que “o conjunto família se constitui mediante um ‘fazer’ com isso que seus integrantes supõem semelhante – por isso normalmente se chama ‘familiar’ aquilo conhecido, que em parte o é e em parte não – e requer um trabalho com os outros que trazem uma alienidade, de onde surgirá o novo” (p. 21). O autor ressalta a diferença como aspecto central dentro dos membros da família e não a unicidade da família que se considera “um”. Nessa perspectiva, Neves (2008) pontua que “a família é um grupo primordial no âmbito do desenvolvimento de sujeitos psíquicos singulares” (p.34), ressaltando a importância da singularidade da subjetividade dentro do grupo familiar.

Para Berestein (2011), a família é constituída por sujeitos singulares, diferentes entre si, que mantém uma relação que os tornam parentes. Relação esta que os torna mãe, pai, filho, irmão. O autor destaca que desde o início a mãe e o bebê iniciam o contato em torno do alimento físico-comida e psíquico-vínculo, sendo o vínculo o trabalho de estar juntos na diferença e somente nesta produzir o encontro. Posteriormente, na ausência, este encontro será

passível de representação, começo da função do pensamento, e complementa: “o certo é que nem a mãe nem o bebê podem estar permanentemente ausentes, se entre ambos devem construir a sustentação e a garantia do vínculo” (p. 103). Assim, o vínculo resultaria de um fazer entre os sujeitos no movimento de se tornarem outros.

Puget (1997) considera ainda que uma das problemáticas fontes de angústia em um vínculo é justamente o desconhecido do outro, com o qual, entretanto, é preciso vincular-se. Entender que o outro é diferente, porém, não necessariamente complementar, mas, sim, de alguma forma, desconhecido e inatingível, posiciona o casal diante de um dos grandes paradoxos constitutivos do vínculo. O desejo de conhecer o que é incognoscível impede a ocorrência da fusão narcisista, que se equiparia à morte vincular.

Cada família surge de uma estrutura familiar inconsciente, com vínculos peculiares. Vários sujeitos estão vinculados e existe entre eles uma relação estável, com aspectos inconscientes específicos que os ligaram durante um tempo. (Berestein, 2011, p. 35).

Para Puget (2012), na família em que uma pessoa psicotiza, pouco se produz de curiosidade e as relações de poder dificultam os vínculos. O vínculo é um fazer “entre” sujeitos, onde a subjetividade vincular se constitui. Deste lugar, o vínculo analítico resulta, para Berestein (2011) e Puget (2012), da imposição de presença de ambos os participantes que produzem interferências, além da transferência e contratransferência. Imposição, termo entendido como desigualdade, onde “por meio do predomínio de um sobre o outro, mas com o outro, põe em questão o Um” (Berestein, 2011, p. 67), sendo a imposição, juntamente com a projeção e a introjeção, instituintes da subjetividade. O sentido dado à imposição é o de uma condição de subjetivação (onde o autor diferencia de seu excesso), caracterizado pela imposição dessubjetivante e da qual o autoritarismo é uma expressão.

A imposição implica uma mudança na forma do trabalho terapêutico, as intervenções incluem a “presença” do analista com comentários, ou afirmações diretas, questionamento

sobre critérios do que se considera normal ou patológico, perguntas que insinuam uma resposta (Berestein, 2011).

A Psicanálise Vincular considera que os sujeitos são atravessados por diferentes dimensões que coexistem, e que há dimensões múltiplas na formação subjetiva, dentre elas, a dimensão social e cultural.

A dimensão transsubjetiva se refere aos acontecimentos da realidade que modificam os sujeitos, ou seja, os vínculos estabelecidos entre um sujeito e o contexto social. Essas “realidades” se manifestam na vida diária, tem significados próprios e não se reduzem ao mundo interno. As formas que o sujeito utiliza para dar conta delas não passam por possibilidades identificatórias, e sim, por efeitos de presença (Puget, 2001). A autora considera que durante muito tempo a chamada realidade foi traduzida por efeitos de metáforas da realidade interna, ficando assim distante das questões sociais e da teorização dos efeitos de presença que encerra a diferença radical entre dois ou mais outros.

Monguillansky e Seigner (1991), autores argentinos, oferecem contribuições importantes sobre os conceitos de objeto e vínculo. Os autores não pensam tais conceitos como opostos, mas como extremos de uma escala, permitindo incluir em graduações intermediárias a habitual observação pela qual a presença física de um outro não garante que seja reconhecido como distinto da representação mental que se tem dele. Para os autores: “esta escala contém a noção psicanalítica de um gradiente de narcisismo e objetalidade – apto agora para conceber os vínculos – tal como se supõe para psiquismos individuais” (p. 314).

Sobre as diferentes correntes teóricas, quanto às configurações vinculares, fica assinalado o modo de funcionamento psíquico inconsciente do grupo familiar como próprio e singular. Assim, propor o trabalho do ponto de vista da Psicanálise das Configurações Vinculares envolve considerar as dimensões intra, inter e transsubjetiva.

Portanto, a ampliação da Psicanálise das Configurações Vinculares, com suas diferentes perspectivas de apreensão do psiquismo familiar, possibilitou pensar e investigar as diversas dimensões psíquicas inconscientes das famílias do CAPS. Saberes que se abrem para articulações possíveis... e aqui utilizo das palavras de Puget: “não há centro”, convivemos com lógicas superpostas.

A leitura, orientada pelos conceitos fundamentais das escolas tomadas nesta pesquisa como referência, auxilia a pensar o caso clínico inserido no contexto institucional que se apresenta a seguir, com ênfase especial nas configurações vinculares familiares.

4. METODOLOGIA

*É tempo de pesquisar no tempo
uma estrela nova, um sorriso;
de dizer à nuvem: sê escultura;
e à escultura: sê nuvem.*

*Tempo de desejar, tempo de pensar
madura e docemente o bom de acontecer
(e mesmo não acontecendo fica desejado!)*

*Pássaro mensageiro, traço
entre vida e esperança
como satélite no espaço.*

Carlos Drummond de Andrade
Poesia errante, 1988

4.1. O método psicanalítico e o caso clínico

O método utilizado nesta pesquisa é o psicanalítico investigativo-interpretativo. Freud em seu artigo *Dois Verbetes de Encyclopédia* (1922/1996) define a Psicanálise:

(1) um procedimento para a investigação de processos mentais que são quase inacessíveis por qualquer outro modo, (2) um método (baseado nessa investigação) para o tratamento de distúrbios neuróticos e (3) uma coleção de informações psicológicas obtidas ao longo dessas linhas, e que gradualmente se acumula numa nova disciplina científica (p. 253).

A definição da Psicanálise integra três eixos: um método de investigação do inconsciente, uma terapêutica que corresponde ao deslizamento do processo de investigação e uma teoria sobre o psiquismo. Freud coloca em primeiro lugar, na definição, a questão do método, essencial para a Psicanálise e para produção do saber psicanalítico.

A obra psicanalítica, protagonizada por Freud, manteve um diálogo constante com a clínica e seus impasses para a elaboração de sua teoria sobre os fenômenos psíquicos e a criação de seu método investigativo-interpretativo. O analista é essencialmente um

pesquisador pois, ao investigar, auxilia seu paciente no conhecimento de si mesmo, ao mesmo tempo em que possibilita o reconhecimento dos aspectos inconscientes do campo intersubjetivo.

O tratamento psicanalítico é fruto da escuta do inconsciente e opera na transferência. Freud se vale de algo inerente ao contato humano que na análise adquire um novo contexto. O sintoma do paciente assume um novo sentido, estabelecido com relação à transferência: “a dominação dessa neurose nova, artificial, coincide com o desembaraçar da doença que foi originalmente trazida para o tratamento – com a realização de nossa tarefa terapêutica” (Freud, 1914/1996, p. 445).

Toda pesquisa em Psicanálise implica que o pesquisador ocupe um lugar transferencial. A Psicanálise se contextualiza dentro do paradigma emergente e é nesse novo campo epistemológico das ciências que se inscreve também um novo discurso sobre a loucura e uma nova forma de lidar com o sofrimento humano. O campo da saúde mental e da reforma psiquiátrica baseia-se na crítica ao modelo positivista e provoca o debate sobre a ciência como produtora da verdade, sobre o mito da neutralidade científica, sobre a normalidade/anormalidade. Para Amarante (2010), “a natureza do campo da saúde mental vem contribuindo para que começemos a pensar diferente, não mais com o paradigma da verdade única e definida, mas sim em termos de complexidade, de simultaneidade” (p. 18).

Nesse sentido, para a ótica do paradigma emergente, o fenômeno loucura significa uma ruptura na relação de causa e efeito, e passa a ser considerada em sua complexidade, não apenas no campo biológico, médico, mas considera os vários campos do saber. Nesse aspecto, Amarante (2010) apresenta a relação entre o paradigma tradicional e o emergente dentro da saúde mental, para ele a Psiquiatria ocupa-se da doença e seus sintomas e não do sujeito doente, que tem uma história, decorrente de seus vínculos com a família e com a comunidade.

E é nesse campo subjetivo e relacional que estão inseridas as práticas nos serviços substitutivos.

O novo paradigma reconhece os limites do método científico em apreender a totalidade do real devido à sua complexidade. Nesse sentido, a loucura é vista como um processo complexo, e o novo aparato prático-discursivo considera o sujeito que a vivencia, o sujeito em sua experiência subjetiva e suas múltiplas relações com a família, com a comunidade, com os técnicos de saúde mental.

Retomo, com amparo nas considerações realizadas, especificamente, a complexidade na produção da psicose, decorrente dos vínculos intra, inter e transsubjetivo, o objetivo da presente pesquisa: analisar os vínculos de famílias atravessadas por uma crise psicótica e os elementos que advêm dessa crise no atendimento no Centro de Atenção Psicossocial III, tendo como enfoque as configurações vinculares.

Esse objetivo será efetivado com a construção do caso clínico. A pesquisa psicanalítica envolvendo a situação analítica é conduzida através do caso clínico, ou seja, do material clínico. A situação analítica é o local privilegiado de investigação, por meio da transferência e da escuta do inconsciente. A utilização do material clínico em Psicanálise tem características peculiares. O relato do caso clínico não expressa exatamente o que aconteceu no momento do atendimento, mas um recorte, o relato de suas memórias vividas transferencialmente.

Para Safra (1993), o caso clínico é o relato da experiência emocional vivida na relação transferencial. O autor considera que são muitos os elementos presentes na sessão, e assinala que o relato do caso representa uma maneira de conduzir o caso, um recorte, a partir de determinado vértice de trabalho, do interesse do analista de investigar as angústias vividas na relação transferencial. A experiência vivida transferencialmente no encontro analítico mostra o caráter do particular sobre o que há de singular e se expressa também no relato do caso.

Segundo Vórcaro (2010), o que o analista escreve ou deixa de relatar está regulado pelas mesmas regras estruturais do fazer clínico.

Vigano (2010), em sua experiência no campo da saúde mental, comprehende a transferência como eixo central da clínica e coloca em pauta o caso clínico como método de construção a partir das narrativas dos protagonistas do caso, família e técnicos de saúde mental, na busca dos pontos cegos. Esses pontos cegos instigam o inesperado, onde se tem pistas a respeito do conflito e do sintoma do sujeito. Para o autor, essas narrativas são construídas mediante a escuta das particularidades, dos atos falhos, das ausências, das coincidências de sua história, ou seja, das marcas do inconsciente.

O caso clínico analisado neste trabalho envolve o atendimento de uma família, realizado no CAPS. Neste contexto, o caso clínico se constrói a partir da análise dos diversos momentos de encontros/*setting* entre técnico de saúde mental (psicóloga) e família, envolvendo diferentes modalidades e estágios, desde o acolhimento, o atendimento de família, o grupo de familiares, os atendimentos domiciliares.

4.2. O CAPS da pesquisa: funcionamento e dispositivos

Este trabalho não tem como objetivo realizar a análise institucional do CAPS, mas sim, apresentar o cenário da pesquisa a partir do meu olhar, a perspectiva de uma trabalhadora inserida no contexto institucional. Primeiramente apresento o histórico do CAPS e a ampliação do funcionamento desse serviço. Em seguida, traço um panorama do espaço físico e apresento seus dispositivos, assim como os dispositivos de articulação entre CAPS e a atenção primária.

O CAPS da pesquisa já funcionava como dispositivo de saúde mental, como um Centro de Convivência desde 1999, sendo referência para o setor Oeste da cidade. Em 2002 passou a

funcionar como CAPS II, priorizando casos de psicose e neurose grave. Naquele momento, houve ampliação da equipe e reorganização das práticas, com momentos de reflexão e grupos de estudo. Discutia-se as diretrizes estaduais – Linha Guia em Saúde Mental (2006) e a produção teórica proveniente do movimento mineiro da Luta Antimanicomial, *A clínica em movimento* (2003) de Ana Marta Lobosque. Nesta obra são discutidos dois pressupostos importantes. O primeiro, a superação da oposição existente entre a clínica e a política. O segundo, a consideração do sujeito do inconsciente como modo fundamental na transformação das práticas e saberes em saúde mental (Lobosque, 2003). Contava-se com a presença de profissionais de outros municípios, assim como com o aproveitamento da prática cotidiana da equipe.

Minha chegada à instituição aconteceu no momento de ampliação da equipe mínima do CAPS II, em 2003. O CAPS já funcionava com dispositivo de acolhimento aberto, grupos terapêuticos, oficinas, assembleias, reunião de familiares, reuniões de equipe. Em 2003 a equipe passou a contar com uma farmacêutica, uma enfermeira e mais um médico.

As discussões definiam o CAPS enquanto lugar da crise, priorizando os casos mais graves que por vezes ainda não estavam sendo acompanhados pela equipe. Por que alguns pacientes não estavam inseridos no CAPS? Uma questão que nos apontava para as dificuldades da própria equipe e que permanece em discussão, ainda hoje. Atualmente atendemos pacientes com comorbidades como uso de álcool e drogas, o que novamente aponta para a dificuldade de (re)condução da equipe, com seus valores, com sentimentos de impotência, devido a complexidade das questões sociais e a necessidade de ações intersetoriais.

Ainda discutimos sobre a necessidade de flexibilização de horários, de projetos terapêuticos singularizados, diversificação das oficinas, produção do cuidado cotidiano no

CAPS para que se concretize como um lugar de trânsito: trânsito de afetos, de lugares, de pensar.

A partir de 2003 as discussões na equipe se voltavam para a reflexão da prática que priorizasse os casos mais graves e respeitasse as características próprias à psicose, considerando a singularização, subjetivação e sociabilidade, sem recuar diante dos casos mais graves ou impor condições para o acolhimento. Mas como garantir funções tão complexas? Estamos priorizando os casos mais graves? A equipe está preparada para acolher sem reservas, sem impor valores ou pré-concepções?

O que em saúde mental se denomina “porta aberta”, significa acolher, sem reserva ou temor, o sofrimento mental, quando insuportável, sem impor condições à hospitalidade. Pelo contrário, “sua razão de ser é encontrar cabimento para os momentos mais críticos da experiência da loucura” (Lobosque, 2007, p. 56). Essa postura se baseia na oferta de acolhimento e responsabilização por um cuidado, expresso dentro do projeto terapêutico, onde se propõe a direção do tratamento a partir daquilo que o paciente traz.

Em 2009 começamos a discutir a possibilidade de inserir hospitalidade noturna, com a abertura de seis leitos e funcionamento de 24 horas, como uma forma de ampliar o cuidado aos pacientes que apresentassem exacerbação da crise. A equipe acolheu a proposta de mudança de funcionamento para CAPS III, mantendo as discussões no sentido de ampliar o cuidado e dentro do paradoxo vivenciado pelo grupo, funcionamos como CAPS II, por falta do credenciamento junto ao Ministério da Saúde.

Relembra esse processo de implantação do CAPS III nos remete ao que Kaës (1991) denomina de *mito heróico do grupo originário* (p. 36), e o quanto este está investido de aspectos narcísicos e alienados de seus membros. Para o autor, ao pensar sobre a instituição nos deparamos com o caos e o impensado. Nesse contexto, o trabalho psíquico tenta trazer essa parte irrepresentável para a rede de sentido do mito, “a fantasia da cena primária é uma

tentativa de dar a esse irrepresentável exteriorizado uma cena e uma posição do sujeito numa origem” (p. 21). Desse modo, segundo ele, surgem pontos de criação sustentados pelo imaginário utópico, como também “fazemos a experiência da loucura comum, da nossa parte louca escondida nos meandros da instituição: massiva de afetos, discussão obnubilante e repetitiva de ideias fixas, paralisia da capacidade de pensamento...” (p. 22). Enlouquecemos juntos muitas vezes e, de alguma forma, é um alívio saber que não enlouquecemos sozinhos...

Em janeiro de 2010 o CAPS começa a funcionar em regime de 24 horas, com o funcionamento de seis leitos, três femininos e três masculinos, como retaguarda para outros CAPSs do município (dois CAPSs adultos e um CAPS da infância e adolescência). Essa mudança ocorreu em consonância com a política em saúde mental do município que já contava com 604.013 habitantes (IBGE, 2010). Priorizar a hospitalidade dos pacientes atendidos em CAPS e não manter a hospitalização. A hospitalidade noturna nos possibilitou o acompanhamento mais próximo dos familiares, com suas demandas ou ausências e ampliou o contato com outros CAPS do município.

Concomitantemente a esse processo, o CAPS Sul começou a funcionar como Centro de Convivência e o CAPS III passou a ser a referência para os moradores do Setor Sul do município de Uberlândia-MG. Nesse momento a equipe do CAPS III foi ampliada, recebendo parte dos profissionais do CAPS Sul. Atualmente a equipe é composta de treze psicólogos, dois assistentes sociais, dois médicos, duas farmacêuticas e uma técnica em farmácia, cinco enfermeiros e dez técnicos de enfermagem, três auxiliares de serviços gerais, dois assistentes administrativos e dois vigilantes.

Para o início da hospitalidade noturna alugamos a segunda unidade, que se localiza em frente à primeira, já que não encontramos uma única casa com estrutura ampla. Na primeira unidade acontecem a convivência e as atividades coletivas; na segunda, além da hospitalidade noturna, funcionam também a recepção, o acolhimento e a farmácia.

Sobre a disposição arquitetônica, a entrada do CAPS começa com uma inversão, já que entramos pela “porta dos fundos”, adentramos pela varanda e, ao lado, tem o quintal com um enorme pé de abacate, onde acontece a maioria dos nossos encontros. A entrada no CAPS revela um pouco de seu funcionamento. Rotineiramente, ao entrar alguns pacientes veem ao nosso encontro para um abraço, um cumprimento, um pedido de ajuda, por vezes desesperado; uma fala delirante, enquanto outros parecem nem perceber a nossa presença, não nos solicitam. Do outro lado fica a entrada oposta que oferece saída para uma varanda, lugar geralmente utilizado pelos pacientes como descanso (cada um leva o seu colchonete). Na casa temos a sala de TV, a cozinha, uma suíte com colchões para descanso, um banheiro, a sala da coordenação e de atendimento e uma sala com material de oficina.

Na segunda unidade existe uma varanda, onde as pessoas aguardam atendimento. Na entrada, a recepção, o hall com arquivos, prontuários e computador, funcionando ainda como sala de reunião. No corredor à direita estão os dois quartos com três leitos cada, entre eles a sala de enfermagem e o banheiro. Continuando pela sala, entramos na cozinha que funciona como sala de acolhimento. Segue-se uma pequena área de circulação coberta e no fundo, ficam a farmácia, a sala de atendimento e o banheiro.

Como dissemos anteriormente, no CAPS priorizam-se os dispositivos grupais, como as oficinas, grupo terapêuticos, assembleias, grupo de familiares, atendimento do núcleo familiar (grupo de família). Contamos ainda com o *acolhimento*, assim chamado o primeiro atendimento, os atendimentos domiciliares e os atendimentos individuais.

Atualmente são atendidos no CAPS em torno de duzentos pacientes, numa média de trinta e cinco pacientes por período. No acolhimento são atendidos pacientes encaminhados pela atenção primária ou demanda espontânea; neste acolhimento, atualmente, participam o psicólogo e a assistente social. Nele, é priorizada a escuta singularizada considerando o intenso sofrimento psíquico vivido por esse sujeito, para que este possa ser atendido em seu

contexto psicossocial. Neste momento é avaliada a necessidade de encaminhamento para algum ponto da rede de saúde; ou para o dispositivo comunitário; ou, ainda para a inserção no CAPS em caso de crise. Caso o paciente seja inserido, é definido um projeto terapêutico inicial e agendado um atendimento com o núcleo de referência.

O núcleo de referência tem a função de acompanhar o paciente e é composto por dois ou três psicólogos (dependendo do núcleo) e um médico. Esse modo de funcionamento começou em 2010, quando passamos a atender a população do setor sul da cidade. Discutimos, então, como poderíamos atuar melhor em rede, no acompanhamento da equipe do CAPS juntamente com a equipe da atenção primária, agora com uma abrangência maior. Decidimos por uma equipe fixa de referência territorial no CAPS para que esse acompanhamento conjunto fosse efetivado, facilitando as discussões de caso. Há quatro núcleos de referência divididos de acordo com as áreas territoriais definidas pela Secretaria de Saúde local: núcleo São Jorge e Pampulha (setor sul) e núcleo Luizote e Planalto (setor oeste).

Com o projeto terapêutico se efetiva o tratamento, definido em equipe com o paciente e o(s) familiar(es). O projeto terapêutico visa atender às necessidades singulares do paciente e do contexto em que ele vive, levando em conta sua história. Esse processo acontece por meio do estudo do caso e da avaliação da equipe responsável pelo caso, juntamente com a equipe de atenção primária. Os desafios de acompanhar alguns casos e algumas famílias ainda são grandes: dificuldade em colher dados da história do paciente, de encontrar algum suporte dos familiares e do território. Também é difícil manter as ações cotidianas, não só pelo grande volume de atendimentos, mas também pelo quanto eles nos afetam.

Outra questão importante para a construção desta clínica e que motivou a realização da pesquisa é o trabalho com famílias. O trabalho com famílias acontece com atendimentos domiciliares, terapia familiar, grupo de familiares. O grupo de familiares tem como objetivo ampliar as estratégias de cuidado à família, propiciar a escuta dos familiares diante do

sofrimento ao conviver com a loucura e a oportunidade de compartilhar outras formas de lidar, ou seja, possibilitar aos familiares contar a sua própria história, as experiências vividas.

O grupo de familiares já funcionou com a presença do paciente, dessa forma a dinâmica dos vínculos e seus impasses podiam ser vivenciados no grupo. Hoje funciona sem a presença do paciente. O grupo de familiares é aberto, não existe um número definido de participantes. Os encontros já aconteceram em dois turnos (terça - no fim da tarde e quinta, no período da manhã). Hoje funciona apenas com um grupo, na terça-feira. Discutimos em equipe sobre essa experiência e levantamos a hipótese de que a organização dos profissionais em núcleos de referência facilitou o atendimento e o acompanhamento das famílias.

Ao grupo de familiares comparecem os parentes de pacientes que não estão vinculados a nenhuma atividade cotidiana no CAPS, somente às consultas médicas e à aplicação de medicação. Pode-se dizer que o vínculo mais significativo que se tem com esses pacientes é através dos familiares que comparecem ao grupo. Assim, fica clara a importância de envolver a família no tratamento.

Vivenciamos com algumas famílias impasses significativos como a valorização do saber psiquiátrico, a demanda por consulta, por medicação, o desejo de que se cuide apenas do paciente adoecido-identificado, em detrimento do contato emocional com a própria história do grupo familiar. Mas também vivenciamos o valor das trocas afetivas, o ouvir e ser ouvido pela equipe, pelo paciente e pelos familiares, a vivência de acolhimento a partir do convívio e do suporte, em situações de dor e sofrimento.

Com a hospitalidade noturna, foram criados dois dispositivos: o plantão psicossocial e o acompanhante terapêutico (AT). O primeiro objetiva regular leitos, além de acolher e acompanhar o paciente em hospitalidade noturna. A hospitalidade também ofereceu a oportunidade de questionarmos nossas práticas e o olhar sobre a crise e o funcionamento próprio de cada sujeito. A inserção em hospitalidade noturna é avaliada a partir da crise, com

a presença de pelo menos dois dos eventos: sintomatologia psiquiátrica grave, falta de suporte familiar e incapacidade do sujeito de reconhecer o problema e cuidar de si (Linha Guia, 2006).

O acompanhante terapêutico tem a função de acompanhar o paciente e sua família no território e desenvolver projetos terapêuticos singulares, considerando o desejo e implicação do paciente. O AT tem como objetivo a realização de atividades, com saídas pela cidade e por vezes, intervenções na família, visando o reconhecimento e a ampliação dos espaços externos e internos do paciente, bem como à recuperação de atividades cotidianas.

Contamos também com o dispositivo do Centro de Convivência, mantido com recursos do município, onde há parcerias intersetoriais com educação, esporte, arte, e outras instituições, incluindo Universidade Federal de Uberlândia. Porém, a inserção em espaços coletivos, comuns a todos (e não somente aqueles reservados para pessoas em sofrimento psíquico) ainda carece ser efetivada com ações específicas de incentivo à cultura, lazer e a cidadania como um todo.

Mantemos uma parceria com universidades pública e privada, recebendo estagiários dos cursos de Psicologia e Enfermagem, contribuindo para uma via de mão dupla: a formação de futuros profissionais e a presença de pessoas em formação que abrem possibilidades de novos olhares para a equipe e pacientes.

O CAPS teve a função de articulador estratégico da rede de saúde mental em seu território na reorganização da assistência para superação do modelo asilar. A partir de 2011 vivenciamos outra mudança de perspectiva, com a RAPS, na construção de uma rede de saúde mental efetivamente integrada e articulada para o cuidado às pessoas. O CAPS deixa de ser o articulador da rede de saúde mental para compor junto a outros equipamentos uma rede de cuidados, ou seja, não há mais centralidade de nenhum dispositivo dentro da rede. Uma mudança que traz desdobramentos importantes de reposicionamento das equipes. Dessa

maneira buscamos não focar o CAPS como articulador, mas que a articulação seja feita em conjunto e, cada equipamento de saúde, seja CAPS ou atenção primária, concretize a atenção e o cuidado de acordo com o momento em que se encontra o paciente e a necessidade de um projeto terapêutico, possibilitando um movimento de sustentação do paciente sem que haja centralidade em algum dispositivo. Uma das estratégias, iniciada desde 2010, foram as reuniões mensais com a equipe do CAPS e o psicólogo da atenção primária que atua nos PSF. Assim como mini forums com a presença de outros profissionais e de outros setores sociais.

Vivenciamos diariamente o desafio de organizar a rede de atenção em saúde mental capaz de acolher a todos. Na construção da rede de saúde mental os CAPS atendem os casos mais graves de sofrimento psíquico, mas há uma demanda crescente de pessoas que apresentam outros transtornos menos graves, mas que solicitam cuidado. Concordamos com Delgado (2007) quando nos aponta inquietações próprias da construção da clínica da reforma, pois novas questões emergem: Estamos conseguindo organizar esta rede de atenção? Estamos conseguindo construir um diálogo mais efetivo com a Atenção Primária?

Instaurado como lugar da escuta do sofrimento humano e do sofrimento intenso, o CAPS lida com a repetição, com a inércia, com a monotonia. "... as armadilhas são inevitáveis, o CAPS não está acima da realidade" (Lobosque, 2007). Dessa maneira, a existência de espaços de supervisão clínico-institucional é imprescindível para reflexão diante de nossa prática e dos impasses clínicos e institucionais. No momento da pesquisa, teve início no CAPS uma supervisão externa, iniciativa coletiva resultante de dificuldades vivenciadas pela equipe, dentre elas o atendimento às famílias. Apontamos, anteriormente, os impasses na construção de uma clínica que priorize a singularidade, pelo próprio fato de lidar com o sofrimento, com a subjetividade, contamos com nossa própria subjetividade, com nossos próprios valores e à medida que os identificamos podemos pensar sobre nossa prática.

Percebemos que o espaço da supervisão externa oferece a possibilidade de trânsito dos afetos, com a exposição das angústias, da discussão clínica, com a movimentação de novas dinâmicas que flagram o movimento da equipe nas situações cotidianas, favorecendo o pensar clínico, ao reconhecermos os momentos em que o singular, o inusitado, é substituído pelo diagnóstico-padrão, distorcendo o sujeito.

Propor o convívio com as experiências da loucura dentro dos serviços substitutivos é algo que nos descentra e, em maior ou menor grau, promove uma ruptura no discurso e nos apresenta o estrangeiro, o estranho freudiano. Essa convivência remete-nos a situações aquém das palavras, a angústias inomináveis.

Convivemos com famílias e suas histórias de sofrimento, separação, perdas, repetições, desamparo, afetos, encontros e desencontros, histórias vividas por famílias, que se desorganizam e se organizam dentro das possibilidades concretas e simbólicas de seus vínculos.

Apresentaremos a seguir uma dessas histórias.

4.3. A família Deméter

Ao nomear a família da pesquisa fazemos referência à mitologia. Os mitos representam uma intersecção entre o concreto e o abstrato, entre o conhecer e o não conhecer as verdades originais. Eles contêm uma produção imaginária coletiva que equivale à fantasia inconsciente, ou seja, refletem as camadas mais profundas do psiquismo humano (Zimerman, 1995).

A história da deusa Deméter e sua filha, a deusa Perséfone, foi escolhida por apontar as dinâmicas do vínculo entre mãe e filha, aspecto que se intensificou no caso apresentado, além dos difíceis caminhos dessa relação, e como ambas precisam lidar com a ambivalência (amor e ódio).

A relação mãe e filho tem várias representações nos mitos, o que não acontece quanto à relação mãe e filha. O mito de Deméter e Perséfone é um dos poucos que destacam a relação

mãe e filha. O mito de Deméter é associado ao rapto de sua filha, Perséfone, cujo pai era Zeus. Deméter e Perséfone mantêm uma boa relação. Hades se apaixonou pela jovem e, com o consentimento de Zeus, raptou-a e levou-a para seu reino subterrâneo. Alertada pelo grito da filha, Deméter começou a procurá-la. Sem encontrá-la, recusou-se a exercer suas funções divinas (fertilidade da terra cultivada). Zeus teve que intervir junto a Hades para libertar Perséfone e aplacar a mãe enfurecida. Entretanto, Perséfone já desfrutara da hospitalidade de Hades e comera uma romã, o que a associava permanentemente ao reino subterrâneo. Seria uma decisão difícil, o amor maternal de Deméter ou o amor conjugal de Hades? Afinal decidiu-se por Perséfone, na primavera, se reunir à mãe, retornando no outono ao reino de Hades.

No mito, Perséfone está dividida entre a mãe e Hades, o deus da escuridão, que pode representar o lado obscuro de Perséfone assim como sua dificuldade em se afastar da mãe.

O caso apresentado a seguir foi escolhido por ser um caso paradigmático de outras situações vivenciadas no CAPS: o sintoma psicótico representando uma formação de compromisso empregada pelo funcionamento familiar. Para além dos sintomas psicóticos apresentados pela paciente, com delírios e sintomas maníacos, fica demarcado o conflito vincular entre mãe e filha, também encontrado em parte significativa das famílias atendidas. Observamos em outras tantas famílias de psicóticos atendidas no CAPS que os conflitos e os problemas de relacionamento são negados. Aqui, objetivamos discutir, por meio desse caso, as configurações vinculares presentes na produção da psicose e o cotidiano da clínica de família no CAPS.

O caso da pesquisa já se encontrava em acompanhamento no CAPS há quase um ano e foi escolhido após a segunda crise da paciente, quando a equipe questionou a condução do projeto terapêutico envolvendo a família. Ele ilustra situações de impasse na clínica de

família, no dia-a-dia do CAPS, com as possíveis intervenções na dinâmica vincular da família que delineou o paciente-emergente.

Apresentaremos o recorte do caso, que se refere ao acompanhamento de um ano e seis meses. A escrita do caso clínico, para além da ordem cronológica dos acontecimentos, fica então composta por uma discussão que localiza temáticas que evidenciam tanto os aspectos reveladores da dinâmica da família, quanto os do CAPS.

O caso se refere ao primeiro tratamento de Mariana³, 28 anos. A família é composta pela mãe, Ana, 53 anos, e os irmão Marcos, 32 anos, e Marcelo, 30 anos. Os pais se separaram quando Mariana tinha 14 anos. O pai, Mário, tem 78 anos e continua morando na cidade de origem da família.

A paciente chegou ao CAPS apresentando sintomas maníacos e delirantes e a hipótese diagnóstica, de acordo com CID 10 (Código Internacional de Doenças), oscilou entre transtorno afetivo bipolar (devido aos sintomas de desejo de falar, agitação, redução do sono, comportamento agressivo e elevação do humor), esquizofrenia (devido à persistência dos delírios amorosos) e transtorno esquizo-afetivo (misto de sintomas esquizofrênicos e afetivos), mantendo-se atualmente a última hipótese diagnóstica.

É importante dizer que a nosologia psicopatológica é útil em algumas situações, mas em outras, insuficiente para lidar com o sofrimento singular vivido pelo paciente e sua família. Diversos autores têm esboçado críticas ao DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), críticas que podem ser transpostas para o CID 10 (Código Internacional de Doenças), baseado no DSM IV e que é referência diagnóstica do SUS.

Dunker e Kyrillos Neto (2011) tecem críticas à utilização do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) na clínica psiquiátrica a partir da perspectiva da psicanálise. Por vezes o DSM é utilizado como um pretexto de alinhamento para as

³ Os nomes foram trocados para preservar as identidades dos sujeitos

discussões de diagnóstico e tratamento. Mas os autores apontam sua transformação em um sistema classificatório de sinais e sintomas que passam a ser vistos como transtornos a serem corrigidos, quando, na verdade, deveriam ser considerados uma questão a ser elucidada e elaborada na experiência, no vínculo.

Na clínica psicossocial o diagnóstico não serve a esse propósito, ele pode ser utilizado com uma compreensão mais complexa. Como vimos, a Psicanálise tem uma contribuição no âmbito da saúde mental que permite a abordagem subjetiva e singular, ao determinar certas organizações psíquicas da personalidade, formas de ser e de sofrer, de se vincular ao mundo. Desse modo, entendemos que os conflitos e estrutura delirante de Mariana parecem caracterizar uma subjetividade paranóide.

Chegando ao CAPS: o amor que enlouquece

O amor aqui referido apresenta um duplo sentido, tanto o sintoma da paciente, que se caracteriza por um delírio amoroso, e expresso por ela como “sentimento” que nutre por um homem; quanto remete às complexas interações familiares inconscientes determinantes na produção da psicose, podendo ser representada pelas emoções não simbolizadas na família.

Mariana, aos 28 anos, foi trazida ao CAPS pela mãe, Ana, e o irmão mais velho, Marcos. Marcelo não compareceu nesse dia. A paciente já não dormia à noite, falava o tempo todo sobre sentimentos amorosos pelo colega de trabalho, Leonardo. Teve desmaios no trabalho, esquecimento, não estava conseguindo ler nem estudar (fazia curso técnico de administração por sugestão da mãe), escutava vozes que a depreciavam e não dormia à noite, além de ter se tornado agressiva com os irmãos e, principalmente, com a mãe.

Os sintomas tinham começado havia um mês, época em que Mariana começou a trabalhar junto com a mãe. No trabalho, a mãe presenciou um beijo entre a filha e o colega de trabalho, Leonardo. Esse foi o único contato que a jovem admite ter havido entre os dois. A

partir desse episódio, todos da empresa ficaram sabendo do ocorrido, a mãe repreendeu a filha e logo depois Mariana começou a apresentar os sintomas.

Meu primeiro contato com Mariana e sua mãe se deu após acolhimento e inserção daquela no CAPS. Ela é bastante falante, não reconhecia o motivo de estar ali naquele momento, disse que gostou de duas pessoas ao mesmo tempo, e com isso “ficou fraca”. O primeiro homem ela conheceu na internet e não sabia seu nome. O segundo era Leonardo, seu colega de trabalho. Culpou a mãe por nada dar certo em sua vida, inclusive o relacionamento. A mãe ironizou, censurou a filha e disse: “Ele não quer nada com ela, tem outra pessoa”.

É difícil descrever a postura de embate da mãe, que se dirige à filha de maneira firme, confrontando-a. A ironia da mãe poderia ser entendida como uma defesa maníaca contra a experiência de dor frente à loucura/adoecimento da filha. A negação da doença é um aspecto comum observado nas famílias que nos chegam, mas teríamos que tolerar esse desconhecido que se nos apresentava ali, no vínculo mãe e filha.

Nesse primeiro encontro ficou marcado o conflito entre ambas e a condição apaixonada/delirante da paciente. O que o sintoma paixão/delírio da paciente provocava/ evocava na mãe? Nesse primeiro encontro, a vivência contratransferencial me flagrou e me peguei querendo proteger a paciente, atribuindo-lhe o papel de vítima, e condenando o comportamento da mãe quando ironizava a filha que tentava expressar sua angústia.

As vivências contratransferenciais no contato com os familiares podem ser vividas como dificuldades com os familiares se não compreendidas. Compreender os sentidos do sofrer de Mariana estava intimamente ligado ao sofrer de Ana. Mariana expressava seu sofrimento pela via do delírio, e esse era sentido pela mãe como um ataque.

Apesar de não reconhecer o motivo de estar no CAPS, Mariana aceitou um novo encontro e rapidamente estabeleceu vínculo comigo. Nos atendimentos individuais a paciente sempre foi bastante falante e as conversas giravam em torno do sentimento amoroso que

nutria pelos dois homens e da relação com a mãe, “que não deixa sua vida dar certo”. O primeiro homem, ela conheceu depois do contato pela internet. Fico instigada pelo possível significado dessa primeira paixão tão rápida que não tem nenhum registro emocional para a paciente, e logo a existência dessa pessoa não retorna ao discurso.

Após uma semana com atendimentos individuais, ela aceitou participar das atividades coletivas, e passou a frequentar duas vezes por semana a oficina coordenada por mim e outra psicóloga que também é sua referência.

Nas oficinas Mariana nos solicitava muito e, assim, nos dividíamos entre ela e a condução da oficina com o restante do grupo. Contava sobre Leonardo, recontava o encontro e as expectativas destruídas pela mãe... especificava e recontava quantas vezes falou com ele, ou quantas vezes tentou ligar para ele, numa situação extenuante... Saímos cansadas com a repetição da fala e a falta de elaboração do seu pensamento, que remetia não só à dor, mas à falta de sentido que essa sinalizava. Parecia ecoar um movimento maníaco de característica defensiva contra um caos maior.

Mariana foi apresentando uma melhora progressiva no pensamento, na fala, mas o delírio amoroso permanecia, motivo de conflito com a mãe, inclusive com episódios de agressão.

A paciente era gentil com todos, se envolvia nas atividades. Nesses momentos falava de suas relações familiares e do sentimento amoroso pelo ex-colega de trabalho. Falava sobre a mãe, que “na frente das pessoas é uma, lá em casa é outra”. Contava que com os irmãos não havia diálogo, não ficavam em casa, principalmente o mais novo.

Mariana, tanto nas oficinas, quanto nos atendimentos individuais, denunciava em sua fala as angústias da família, a violência do pai com a mãe no passado (devido aos ciúmes e uso abusivo de álcool), sua afinidade com o pai e, associada a isso, a rejeição de que acusa a mãe, não se sentindo amada.

Outras questões começaram a preocupar Mariana. Angustiava-se por não conseguir trabalhar e se sustentar e, com isso, não poder sair da casa da mãe. Sentia falta de ter amigos, mesmo quando começou a frequentar uma igreja evangélica. Ela e a mãe são evangélicas, mas de igrejas diferentes.

Nesse primeiro momento a mãe e os irmãos procuraram o CAPS em busca de remédios, consulta e informações sobre o estado de saúde da paciente, e sobre benefícios e direitos. Marcos se responsabilizou inicialmente pela medicação, devido aos conflitos com a mãe e à resistência inicial da irmã.

Nos atendimentos individuais com a mãe, ela falava dos conflitos com a filha, presentes desde quando essa era pequena. Certa vez, na escola, Mariana desenhou sua família sem a mãe e disse que não gostava dela. No momento da escrita, me peguei na dúvida sobre a palavra pronunciada: “não gostava” ou “odiava”? Esse aspecto parece relevante e pode representar a natureza dos vínculos familiares. O ódio representa a conotação afetiva vincular e o quanto pode se tornar violento o afeto.

O ódio sinaliza um funcionamento psicótico do sujeito que tem uma constituição psíquica precária e que não chegou a constituir determinadas funções psíquicas, como conter e elaborar as emoções e fazer a integração entre os sentimentos de amor e ódio. Sendo assim, o sujeito experimenta angústias de aniquilamento, de morte, que ameaçam sua integridade. Esse sofrimento intenso leva-o a lançar mão de poderosas defesas, como a evacuação, negação, evitação.

Nesse mesmo sentido, Minerbo (2013) afirma que o ódio sinaliza a presença de sofrimento narcísico presente no funcionamento psicótico. O ódio é dirigido ao outro que ameaça a integridade do sujeito. A autora considera o ódio um recurso poderoso que auxilia a estruturação do ego frente ao objeto persecutório, tornando-o sujeito mais forte. O conflito vincular entre mãe e filha sinaliza caminhar nessa direção.

Cinco meses após o inicio do tratamento, Mariana iniciou um curso na mesma área de trabalho de sua mãe, numa entidade filantrópica indicada pela igreja que frequenta. Ela reconhecia que a mãe estava tentando compreendê-la: “minha mãe está me vendendo diferente”. Perguntei se não era ela que estava vendendo a sua mãe de maneira diferente, mas respondeu que não: “minha mãe é que está me vendendo diferente”.

Enquanto Mariana dizia querer trabalhar, a mãe compareceu ao CAPS pedindo orientação sobre auxilio doença. A ansiedade havia melhorado, estava dormindo bem, mas continuavam os delírios amorosos em relação a Leonardo, o que mantém as dificuldades de relacionamento com a mãe, com episódios de agressão física, empurrões. Na equipe, discutimos sobre nossas intervenções ou a falta delas no âmbito dos vínculos familiares, principalmente em relação à mãe, já que o conflito entre ambas parecia estar se cristalizando.

Mariana foi trazida ao CAPS pela família como paciente designado e ela abarca e representa o que há de estranho para a família, dividindo-a entre o doente e os sadios (Pichon-Riviére, 1983; Berestein 1996). A paciente iniciou o tratamento com uma aproximação tímida dos familiares.

Berestein (1998) observou que, após a irrupção de uma crise psicótica, os membros do grupo familiar se dividem entre sadios e doentes e estabelecem um vínculo de oposição. Como consequência dessa divisão, a família passa por conflitos que acabam cristalizando-se no doente, visto como fonte de todo sofrimento familiar.

Para Box (1994), a família se esforça em dissipar os aspectos dolorosos que são sentidos por todos como intoleráveis e, de certa maneira, ficam localizados cada vez mais em um dos membros. Eiguer (1985) assinala que, na família de um paciente psicótico, problemas e conflitos são negados e são dirigidos ao paciente designado, que recebe os conflitos fantasmáticos familiares.

Como no mito de Perséfone, talvez Mariana seja a que mergulha nos subterrâneos da própria alma, do próprio inconsciente, onde ecoa o inconsciente familiar, mas com dificuldades de transitar entre dois mundos, o universo inconsciente, onde habita o mais profundo da psique humana e do campo consciente.

Atendimento conjunto mãe e filha: o sintoma vincular

Essa perspectiva do atendimento revela a dimensão das interações vinculares. O sofrimento não é apenas gerado a partir do conflito intrapsíquico, mas também movimentado no vínculo com o outro, interpsíquico; ou seja, a cada configuração de vínculo se produz um complexo interjogo fantasmático inconsciente.

Solicitamos a presença da mãe para atendimento conjunto com a filha. Atendemos eu e a outra terapeuta de referência. Elas chegaram separadas, primeiro a mãe, dizendo que a filha não gostava dela, nem de sua companhia. Aflita, falou dos problemas psiquiátricos de uma tia e um tio paternos. Mariana chegou e começou a falar de sua vontade de trabalhar, da dificuldade de convivência em casa, do sentimento que tinha por Leonardo. Novamente a mãe se irritou, houve um confrontamento com a filha, mas Mariana não se alterou e continuou a apontar as dificuldades da mãe. Esse embate entre mãe e filha é vivido contratransferencialmente como estado de confusão e incapacidade de pensar, nos deixando imobilizadas frente à natureza do conflito vincular destrutivo e desorganizador, e ativo na presença de uma diante da outra.

Conversamos com elas sobre a continuidade do atendimento conjunto de mãe e filha, após esse novo embate. A mãe apontava o trabalho como impedimento para comparecer ao CAPS. No dia desse atendimento ela estava de férias.

A recusa da mãe em aceitar um novo encontro nos mostra o quanto é difícil para o familiar pensar sobre a ressonância afetiva provocada na presença do outro. Acompanhando o

referencial teórico apresentado, percebemos que a oferta de examinar os vínculos familiares pode se constituir em ameaça ao modo como a família vem se estruturando até então (Meyer, 2002). Por outro lado, temos que trabalhar nossa própria ansiedade, o desejo de envolver o grupo familiar e agir de acordo com as possibilidades da própria família.

Mariana continua participando das atividades no CAPS, às vezes vem acompanhada de um dos irmãos. Em um desses dias o irmão caçula a acompanhou e quis saber se Mariana era capaz de trabalhar. Ela estava próxima, a questionei, e ela disse que ainda não estava conseguindo fazer as atividades da casa. Respondo ao irmão que o ritmo de Mariana é que vai dizer quando ela estará bem para o trabalho e, pelo visto, parece que ainda não. A minha colocação foi no sentido de pontuar a possibilidade de trabalho de Mariana para o irmão, e de Mariana questionar realisticamente suas condições.

Ela conseguiu iniciar, por duas vezes, um trabalho de atendimento ao público, mas foi rapidamente dispensada, e reconheceu que estava lentificada.

Depois de nove meses de tratamento, conseguiu um trabalhado temporário. Discutiu, então a questão de sua alta do CAPS, a falta de necessidade do uso da medicação, revelando que havia deixado de tomá-la. Ao mesmo tempo reconheceu que estava com “muita adrenalina”, sentindo-se pressionada pelo irmão. No próximo dia em que foi ao CAPS, pediu para agendar uma consulta e já sentia a necessidade de remédio para sua ansiedade.

A segunda crise: a falta de sentido e a busca na construção de novas estratégias de cuidado

Um novo momento de tensão foi vivido por Mariana. Quais os sentidos do chamado “sofrimento” para Mariana? Como construir novas perspectivas para ela juntamente com sua família?

Após um mês nesse trabalho temporário, foi dispensada. Em contato com a família ficamos sabendo que ela havia viajado para a casa da tia materna.

Retornou um mês depois agressiva com a mãe, chorando muito. Nesse período me encontrava de férias. Ela foi acolhida por outra psicóloga, que me apresentou o relato desse atendimento, juntamente com uma carta da paciente. Na carta ela conta o que sentiu:

“Viajei sentindo falta de uma resposta para tudo o que eu tinha passado aqui em Uberlândia, o que me ocorreu na doença que eu tive, o porque dos esquecimentos constantes. Comecei a ter um sentimento mais forte ainda por Leonardo depois que comecei a trabalhar com ele. Fiquei pensando e sonhando constantemente com ele. Ao chegar em (nome da cidade) eu comecei a ficar calada na casa da minha tia, sentindo tontura e mal estar. Eu não estava tomando nenhum remédio, aí comprei o risperidona para me ajudar a combater a ansiedade. Eu comecei a falar muito sem o medicamento, depois eu controlei, mas aos poucos, com pressentimento de mente lenta demais. Chorei bastante e fiquei perguntando pelo Leonardo direto. Voltei a ter vontade de fazer várias coisas ao mesmo tempo. Fiquei cheia de dúvida” (transcrição).

Essa carta reflete importantes aspectos do conflito intrasubjetivo vivenciado por Mariana: a luta desesperada para dar sentido às vivências e a angústia frente à percepção e reconhecimento de aspectos psicóticos, com a invasão dos “pensamentos” sobre Leonardo.

No encontro seguinte ela chegou com a mãe, mas a atendemos individualmente (eu e a outra psicóloga de referência). Ela chorou e disse que “ficou ruim lá”, ficou com insônia, pensando muito em Leonardo. A paciente estava muito entristecida ao falar das vozes que diziam que ela “é pobre e feia”.

Consideramos que foi um novo momento no conflito de Mariana, um momento depressivo, de contato com a realidade psíquica, com possibilidades de maior integração.

Mariana contava com o apoio dos familiares, pois eles não se recusavam a comparecer ao CAPS quando eram solicitados; porém, o suporte psíquico era frágil diante do conflito e rivalidade com a mãe.

Questionávamos sobre a significação dessa crise para o grupo familiar. Quais as intervenções possíveis com a família? O lugar de paciente estava se cristalizando nessa família e os aspectos dolorosos do núcleo familiar se localizavam cada vez mais em Mariana.

A participação da família no grupo de familiares: expandindo os vínculos

O grupo de familiares constituiu um espaço para participação da mãe, com objetivo de produzir atos de cuidado para eles. Esse dispositivo se caracterizou, efetivamente, como a principal estratégia de cuidado, envolvendo-os.

Convidamos novamente Ana e Marcos para esse grupo, estendendo o convite a Marcelo. A mãe começou a participar do grupo de familiares e Mariana continuou a participar das oficinas.

Ana estabeleceu vínculo significativo com Heloísa, outra mãe que participou ativa e assiduamente do grupo. Por várias vezes Ana se referiu a ela como pessoa que a “ensinou a não bater de frente com Mariana”. As duas tinham modos opostos de lidar com a vida e com os filhos. Enquanto Ana vivia para o trabalho e para a casa, Heloísa saía de casa para estudar violão, cantar, dançar, fazer apresentações, mesmo contra a vontade do marido e do filho. Para ela esse era um movimento de vida que permitia ressignificar a própria história após a doença do filho. O pai foi muito severo com ela, proibindo-a, por exemplo, de dançar. Na doença do filho, vivenciou uma fase depressiva e, com acompanhamento dos profissionais de saúde, começou a realizar o que antes não se permitia. Ali, formas de lidar com as dificuldades dos filhos perpassavam as próprias histórias de vida dos familiares.

Vimos que, na formação dos vínculos mãe e filho e grupo familiar, estão implicadas as alianças e os conluios fantasmáticos, que se transmitem por meio da cadeia de gerações e nos vínculos transgeracionais, representações essas que pertencem ao mundo de objetos inconscientes.

Na família, cada vínculo relaciona-se a essas representações, como uma rede entre cada um dos familiares, e entre os objetos internos. Dessa maneira, as transformações ocorridas em um desses vínculos, a partir de mudanças como o adoecimento de algum dos familiares, acarretam novas transformações e conflitos que remetem aos vínculos atuais de toda a família e às representações dos objetos internos; ou seja, os conflitos entre a família nuclear e a família de origem estão interligados, possibilitando novos enfrentamentos e significações que permitem novas formas de se relacionar consigo e com o mundo (Eiguer, 1995).

No início de sua participação no grupo, Ana falava da agressividade da filha e de suas reações. Aos poucos, sua própria violência foi sendo apontada no grupo, e justificada por ela com a explicação de que Mariana tentava agredi-la. Os aspectos que representavam fonte de angústia estavam ligados à agressão e à violência. Os aspectos agressivos da própria mãe eram projetados na filha e não podiam ser elaborados.

No grupo, a mãe expressava o desejo de “encostar” a filha pelo INSS, pois não acreditava que Mariana pudesse voltar a trabalhar. Heloísa então contou que o filho estava cursando faculdade, mesmo com a doença. A conversa transcorreu sobre as atividades do filho e Ana parecia curiosa em relação a essa possibilidade. A associação da doença com incapacidade é uma constante nas famílias atendidas, assim como o medo de que o familiar doente se cronifique. O grupo pode auxiliar na desmistificação desse aspecto, já que apresenta, à família que chega, novas possibilidades diante do adoecimento, já vivenciadas por outros familiares.

Em outro grupo Ana falou que acompanhou a filha na consulta com o psiquiatra, que a filha, sempre agressiva, disse que a mãe não gostava dela, mas que Mariana agora está “pensando antes de falar”. Agradeceu aos profissionais do CAPS, que tinham “paciente com a filha dela”, chorou e disse: “Não precisei internar minha filha, olho à noite e minha filha está ali”.

Na época Mariana estava em uso de risperidona. Ela passou por várias medicações e as trocas aconteceram devido à mudança de hipótese diagnóstica, além de sintomas colaterais de algumas medicações.

Ana, aos poucos, passou a falar de si e, em outro grupo, contou que pediu demissão, pois não aguentava mais o ambiente de trabalho, com piadinhas dos colegas sobre a filha. Ela não conversava mais com Leonardo desde o episódio ocorrido com Mariana. Começou a se lembrar das agressões que sofreu do marido com ameaças em que ele utilizava arma de fogo. A terapeuta interpreta que Leonardo ocupou o lugar de perseguidor que Ana viveu com o marido. Ana continuou falando sobre dificuldades com o ex-marido.

Ana associou a vivência com Leonardo em seu ambiente de trabalho ao seu conflito conjugal. Podemos supor que os aspectos não resolvidos na sua vida foram revividos no momento do envolvimento da filha com seu colega de trabalho, seguido de seu adoecimento. Por outro lado, era marcante a identificação de Ana com a filha, intensificando a ideia de que sua história se repetiria. Em outro momento Mariana se referiu aos temores da mãe: “ela acha que só porque aconteceu com ela, vai acontecer comigo”.

Nos atendimentos Mariana centralizava a fala nos conflitos com a mãe. Nesse momento nos indagamos a respeito do conflito vincular entre mãe e filha e como poderíamos possibilitar uma nova significação. Pensamos na possibilidade da entrada dos outros filhos como forma de romper a polaridade criada entre mãe e filha.

As características da comunicação da família, as emoções e os sentimentos experimentados nos encontros caracterizaram Ana como uma mulher controladora, rígida, organizada, enquanto Mariana se mostrava sentimental, identificada com questões femininas, com o casamento e o desejo de formar uma família. A interação mãe-filha parece funcionar como “estimulação recíproca”, movimento de interação observado por Eiguer (1985) nas famílias atendidas que funcionam com aspectos contrastantes, nas quais comportamentos e problemas psíquicos surgem como produtos do grupo familiar fantasmático, estimulando o funcionamento oposto e recíproco.

O atendimento familiar: os efeitos da presença

A proposta de atendimento do grupo familiar se configurou em um encontro, mas ainda assim percebemos seus desdobramentos desde o momento em que o convite foi feito à mãe. A não continuidade desse atendimento diz respeito às questões próprias da família, tanto concretas, quanto psíquicas. Essas nos apontam a dificuldade de toda família para se envolver num trabalho sobre a natureza de seus vínculos, não se restringindo apenas ao cuidado com o paciente.

Apresentamos, neste tópico, uma discussão possível das configurações familiares que foi esboçada nos atendimentos.

Em equipe discutimos sobre a possibilidade de atendimento a toda a família, incluindo Mariana. Conversei com a mãe sobre a proposta. Ela aceitou o atendimento e se propôs a conversar com os filhos. Retomou a história da família, que havia sido contada de uma forma fragmentada, falou de seu casamento, das dificuldades e relatou que, com um mês de casada, apanhou do marido, “mesmo durante a gravidez”. Uma vizinha chegou a levá-la ao médico, “estava com depressão, mas não quis tomar o remédio de tarja preta, não quis ficar dependente, tomava suco de maracujá”. Contou sobre a decisão da separação, quando o filho

mais velho estava com 18 anos. Deixou por conta dos filhos a decisão de acompanhá-la ou não. Na época Mariana estava com 14 anos, Marcos com 18 e Marcelo, com 16 e todos permaneceram com a mãe. Depois de alguns anos, mudou-se para Uberlândia com os dois filhos homens. Nessa época Mariana já era maior de idade e não quis acompanhá-la, preferindo trabalhar em São Paulo, cuidando de uma senhora idosa. Quando essa faleceu, mudou-se para a casa de uma tia materna, no interior. Lá a tia percebeu que ela estava estranha e pediu à mãe que fosse buscá-la.

Nesse atendimento, Ana se mostrou menos defensiva, até mesmo fragilizada. A aparência de mulher forte parecia esconder um estado de mente oposto. A maneira de Ana se relacionar com ela mesma e com o mundo parecia ser estruturada em torno de defesas com o intuito de conter seu estado de fragilidade e depressão. Essa sua dificuldade ou impossibilidade de vivenciar sentimentos ambivalentes de amor/ódio, potência/impotência, dependência/independência pôde ser vivida em outros momentos no grupo de familiares.

A mãe conversou com os filhos sobre o atendimento da família e marcamos o dia do encontro, que foi realizado na casa da família. Marcos me recebeu no portão, Ana e Mariana estavam na sala. Elas começaram a comentar sobre a festa junina do CAPS. Mariana contou que um colega a chamou para dançar. Enquanto conversávamos sobre a festa, a paciente recebeu um telefonema para uma entrevista de emprego e, coincidentemente, quem a chamava havia sido o primeiro patrão da mãe em Uberlândia. Ana pediu para falar ao telefone. Mariana disse que estava bem com a mãe e os irmãos e esperava não dar trabalho a eles. Disse estar mais calma com a mãe. Ao mesmo tempo em que a mãe falava ao telefone, eu tentava prestar atenção ao que Mariana me dizia, mas escutei a mãe dizer: “agora ela está bem”. Pensei sobre o que a mãe queria enfatizar com o “agora”. Será que ainda estaria desconfiada da capacidade da filha em conseguir trabalhar?

Marcos começou a falar sobre a irmã, chamou a irmã de “falhada” por ela conversar com os outros sobre sua vida pessoal “fala demais, não se preserva, principalmente em relação ao ex-colega de trabalho”, “não tem lógica”. A paciente se justificou, parecia sem jeito e acabou chorando. O clima emocional estava tenso e parecia difícil ouvir a recriminação do irmão. Pensei em dizer algo que não tivesse o mesmo teor de recriminação. Disse a eles que o jeito de Mariana tinha uma lógica, uma “outra lógica”, e que dizia respeito a todos. A mãe trouxe um lenço e entregou à filha, que enxugou as lágrimas. Marcos se voltou para a mãe, denunciando sua preocupação com o filho caçula, sua insistência em telefonar atrás dos filhos. O filho do meio concordou. A mãe falou do desejo de que os filhos namorassem e de ter um neto. O filho do meio disse que não havia encontrado a mulher certa. A mãe perguntou se eu era casada e fiquei em silêncio, mas em seguida perguntou se eu tinha filhos. Respondi que não. Mariana disse que pensou que eu tivesse filhos. O filho do meio se levantou. Chegamos ao final do horário. Eu disse que havia algo importante que tinha a ver com “mãe e filhos” e perguntei se poderíamos marcar um outro horário para conversar. Eles concordaram, mas a mãe disse estar de férias e, por isso, iria com o filho para sua cidade natal. Combinamos conversar quando retornassem.

Podemos observar vários aspectos nesse atendimento. Iniciaremos refletindo sobre o modo como o irmão se dirige a Mariana como “falhada”, a forma agressiva como se dirige a ela. Percebemos a intervenção prematura da terapeuta, pressionada pela própria angústia. Em relação aos familiares, Eiguer (1985) diz que, na família onde irrompe uma crise psicótica, acontece uma clivagem e o membro psicótico fica marginalizado. Essa ruptura pode demonstrar o aspecto defensivo do grupo familiar. O autor considera que no início do tratamento a clivagem dá suporte ao conflito vivenciado pela família, sendo indispensável o trabalho sobre as defesas. Esse aspecto defensivo pode ser observado na família. Quando o irmão mais velho referiu-se à irmã como “falhada”, ele parecia fazê-lo com o intuito de

explicar o que se passava, o que não entendia, de forma a ajudá-la, ou que eu pudesse ajudá-la. Podemos considerar também que “...ele define a relação como simétrica (mensagem global), mas na realidade é ofensivo e desqualificante; portanto, ele se comporta em termos de relação complementar” (Eiguer, 1985, p. 140), para manter-se defensivamente no lugar de um membro saudável.

Inicialmente a paciente aparecia como membro criticado/marginalizado e depois Marcos passou a criticar a mãe. Aqui hipotetizamos sobre as relações entre as figuras femininas e masculinas dentro da família. A relação da mãe com outra figura feminina, no caso, Mariana, é alvo de disputa, rivalidade e competição. De forma oposta, na relação da mãe com figuras masculinas, ela se coloca de forma passiva, pressionada pelos filhos, ainda que busque controlá-los. Mas é apoiadora e cuidadosa com Mariana.

Identificamos também as questões ligadas à saída da família nuclear e a formação de uma nova família. A mãe parecia viver de forma ambivalente: o desejo de um neto e o controle dos filhos.

Durante o período de férias da mãe e do irmão, Mariana sentiu saudades, disse estar “sentindo falta de ela perguntar: “quando você vai melhorar, Mariana?” Essa fala anteriormente era trazida pela paciente como forma de pressão. E acrescentou: “ela me pressionava por causa da minha igreja e os meus irmãos não, eles não têm religião”. Continuou se referindo à mãe após falar das crises dos pais: “é uma guerreira, mas ela acha que, só porque aconteceu com ela, vai acontecer comigo”.

Percebemos a ambivalência dos sentimentos de Mariana em relação à mãe, era diferente do momento em que chegou ao CAPS e estava persecutória com a mãe. Sofria por viver junto à mãe, havia rivalidade entre ambas, além de aspectos identificatórios importantes. Vivia o conflito edípico de forma intensa/cindida, “afinidade” com o pai e rivalidade/persecutoriedade com a mãe. A oposição entre mãe e filha estava presente no relato de ambas.

O triângulo amoroso estava presente nos delírios intrusivos de paixão por dois rapazes. O primeiro era considerado pela paciente como uma pessoa importante e logo “desapareceu”. Mariana o mencionou apenas uma vez e, muito tempo depois, voltou a se referir a ele como um homem casado. A mãe fez referência ao fato de a filha ter saído de casa por quinze dias para conhecê-lo, sem comunicar à família.

Como vimos anteriormente, o Complexo de Édipo é o primeiro organizador do núcleo familiar (Eiguer, 1985). O modo como tal Complexo é vivenciado, no interjogo entre amor e interdito, com suas ambivalências e identificações, prepara o sujeito para investir em outro vínculo que dará origem a uma nova família, como também constituirá a própria identidade desse sujeito. O vínculo do casal permitirá à menina três representações: a da mãe como objeto de identificação; a do pai como objeto de desejo; e a própria representação do vínculo pai-mãe. Para o menino, a identificação será invertida.

Para Eiguer (1985), a constituição psíquica de uma família é um processo complexo. A escolha do parceiro contém aspectos inconscientes que se entrecruzam, ou seja, o objeto inconsciente de um está ligado com o objeto inconsciente do outro e eles constituem “um mundo objetal partilhado” (p. 32). Quando nasce um filho, os objetos internos inconscientes dessa família são projetados nesse bebê e intervirão na constituição da sua identidade.

Destacamos, diante do caso apresentado, os aspectos não elaborados do próprio complexo dos pais que intervieram na constituição da identidade dos filhos, em especial o próprio complexo edípico da mãe. Conjecturamos que a mãe vivenciou de forma diferente o nascimento dos filhos homens e da filha mulher, o que ocasionou consequências profundas para Mariana. Pensamos em três aspectos possíveis vivenciados pela mãe em relação a ela. Primeiro, a identificação da filha mulher enquanto repetição da história da mãe. Segundo, o significado da castração feminina, da falha, representada na filha. Terceiro, a rivalidade com a filha mulher que representa a presença de outra mulher onde a mãe deveria ser a única mulher

amada. Em relação ao pai, os filhos relatam que a violência estava associada ao uso abusivo de álcool e ao ciúme doentio pela mãe, inclusive com o próprio irmão. Essas vivências determinam um interjogo de sintomas, lugares e papéis partilhados entre os sujeitos familiares.

A respeito dos sintomas compartilhados na família, Kaës (2011) argumenta que, se considerarmos a história singular do sujeito, passaremos longe do valor da economia dos vínculos intersubjetivos e do investimento recíproco que um recebe do outro, ou de mais de um outro. As alianças inconscientes produzidas na família determinam a produção de sintomas e posições psíquicas para cada sujeito, que tem funções para si e para outro. Portanto, cada vínculo determina e reforça posições diferentes, assim como os sintomas. Temos que o segundo filho, mais desligado do núcleo familiar, foi o único que estabeleceu um relacionamento (namoro) e se afastou ainda mais de casa, sendo que a família não conhece a namorada. Marcos parecia ocupar o lugar do homem da casa, protetor da mãe nos ataques ciumentos de seu pai, mediador da relação entre mãe e filha, não conseguindo se separar da família de origem.

Retomando o mito de Deméter e Perséfone, ele nos fala de paixão, de separações, do sofrimento decorrente desta, da possibilidade ou impossibilidade de viver entre dois mundos, como o amor de Perséfone por Hades, vivido no submundo, no subterrâneo e não na luz. As representações do mito dizem respeito a toda a família, a paixão, sua vivência no subterrâneo, a impossibilidade de corte com a família de origem.

As alianças inconscientes estão implicadas nos processos de formação do inconsciente. O inconsciente do outro e de vários outros retornam na formação do inconsciente do sujeito, assim como da natureza dos vínculos. Desse modo, temos os mecanismos de correocalque e codenegação (Kaës, 2011). O campo das configurações vinculares se abre para relações entre a denegação de um sujeito e a formação delirante do outro. Entendemos que o vínculo entre

mãe e filha é representativo desse vínculo intersubjetivo. As formações inconscientes são expulsas, projetadas por um ou vários sujeitos na mente de outro ou de vários outros sujeitos. A natureza do vínculo entre mãe e filha parece ser estabelecida.

Eiguer (1985) assinala que a estrutura interativa das famílias de psicóticos está fundada na escolha narcísica de objeto, estabelecendo vínculos pouco gratificadores, incapazes de reconhecimento para com o outro. O sujeito não considera o outro a partir do que ele é, e sim daquilo de que ele necessita. Assim, o outro é desconsiderado em sua condição enquanto sujeito, na sua curiosidade, em seu desejo e é tratado de forma invasiva. Essa regulação narcísica não permite que a criança desenvolva sua personalidade livre da alienação e submissão aos pais. Para o autor, a incapacidade de reconhecimento do outro leva ao estabelecimento de vínculos em que o sujeito se mostra incapaz de aceitar que possa estar enganado. Esse aspecto da onisciência foi relacionado por Bion (1994c) à impossibilidade de aprender com a experiência e à incapacidade de tolerar a realidade, que é substituída pela discriminação entre o verdadeiro e o falso, mantendo uma afirmação moral do que é certo ou errado. Esse aspecto da moralidade está a serviço da parte psicótica da personalidade.

A construção do vínculo da mãe com seu bebê e sua capacidade de lidar com as próprias ansiedades e as do bebê (Bion, 1994c) é um alicerce para a capacidade de se relacionar, para sua autonomia e saúde mental posteriormente à vivência edípica. Podemos pensar que a vivência depressiva de Ana, assim como a própria revivência edípica, representou obstáculo no vínculo com Mariana, de acolhimento de suas angústias, de diferenciação, prevalecendo fantasias de interpenetração e fusão (Eiguer, 1985). Assim como a própria revivência edípica. Não sabemos da relação de Ana com seus pais, nem de Mário com os seus genitores. Mariana fala sobre a relação de Ana com sua mãe: “fiquei sabendo pelo meu tio que quando elas moraram juntas elas também batiam de frente, mas minha mãe liga todo dia para minha avó”.

As falhas do objeto primário de conter e elaborar as angústias do bebê levam o sujeito a um funcionamento psicótico e qualquer tensão emocional é intolerável para ele. É importante considerarmos que a mãe falha não por ser mãe, mas porque ela própria tem falhas narcísicas. A mãe em experiência de dor e depressão é incapaz de significar e conter as angústias do bebê. A respeito da depressão materna, Green (1988) chama de mãe morta a mãe excessivamente deprimida, distante, a mãe está morta psiquicamente, criando um vazio. O autor ainda assinala que, nesses casos, bebê é remetido à triangulação precoce e defeituosa. A criança investe o pai precocemente de forma intensa como solução para o conflito que se desenrola entre a mãe e ela.

Mariana e uma nova experiência com o trabalho: criando laços

O trabalho poderia ser considerado o segundo projeto de vida de Mariana. Em primeiro lugar ela anunciava a sua vida afetiva e a vontade de casar. Essa nova oportunidade de trabalho mobilizou mitos de incapacidade associados à loucura por parte da família, como a potencialidade de Mariana para cuidar de si, estabelecer laços, lidar com as demandas advindas das relações de trabalho e responsabilizar-se pelo seu tratamento.

No retorno de Ana e Marcos das férias, Mariana iniciou um emprego em dois turnos, sendo que seu horário de intervalo não coincidiria com a disponibilidade dos outros membros da família. Não havia um horário comum que permitisse o atendimento de todos. Acredito que, ao mesmo tempo, era difícil para a família encontrar um tempo para juntos pensarem sobre o próprio funcionamento.

No caso, a família de Mariana, procurou o atendimento em CAPS, querendo entender o que havia acontecido de estranho com o paciente-emergente, buscando formas de lidar com a doença. Para Meyer (2002), “os familiares estão habituados ao modelo médico de abordagem e, portanto, preparados tanto para, em determinadas circunstâncias, considerar como

patológico o comportamento de um de seus membros quanto para aceitar que esse comportamento seja corrigido” (p. 168-169).

Meyer (2002) argumenta que, ao aceitar o convite de atendimento da família, essa “tentará acomodar-se à novidade desse convite (‘gostaríamos de vê-los como família’) por intermédio de uma racionalização defensiva gradual. A própria essência da nova proposta será negada” (p. 170), ou seja, a de identificarem que as dificuldades vivenciadas têm a ver com toda a família e com seu modo de funcionamento. No dia da proposta de atendimento à família, como vimos, Ana retomou a história de seu casamento, a violência do marido, sua vivência depressiva, a decisão da separação, as dificuldades da filha. Naquele momento, parecia haver uma conexão se estabelecendo, entrelaçando histórias, afetos e dificuldades da filha que se mesclavam com a história dos vínculos familiares (mesmo que de forma distorcida, culpando o ex-marido).

A paciente continuou em atendimento individual e a mãe, participando do grupo de familiares.

Em relação à experiência do trabalho, Mariana sentia-se lenta, exposta perante os colegas que podiam ver suas mãos trêmulas; mas também conversava sobre seu tratamento e se sentia compreendida por uma colega que tinha depressão. Conversou com sua superiora sobre seu tratamento para “depressão”. Em alguns atendimentos, era difícil distinguir entre os sentimentos persecutórios e os realistas no que tange às reações dos colegas de trabalho, quando dizia que ouvia comentários a seu respeito. Disse que o trabalho a ajudava a preencher a “mente vazia”.

O pensamento vazio, predominante nos sujeitos psicóticos, alude a um estado de mente em que o pensamento ainda não adquiriu um sentido, um significado, uma simbolização; ele está vazio, e, nas situações de angústia, vem acompanhado de um estado psíquico denominado por Bion de “terror sem nome” (Zimerman, 1995, p. 93).

A experiência do trabalho mobilizou mãe e filha. Mariana disse que recebeu elogios da mãe por seu esforço em querer trabalhar. Ana contou ao grupo que se surpreendeu com a filha, com sua responsabilidade no trabalho. No grupo de familiares a mãe comunicou que Mariana estava fazendo exames admissionais. Contou que acompanhara a consulta da filha e o médico mudou a medicação. A filha comentou que, quando chegaram ao CAPS, “pareciam gato e cachorro” e citou o episódio em que foram ao CAPS no mesmo ônibus e a mãe não quis ficar junto dela (a mãe contou que não a viu). Ana diz que antes “batiam de frente”, como a filha tentava agredi-la, essa “era a única forma” de poderem se relacionar. Comentei que elas começavam a descobrir outras formas de se relacionarem, menos conflituosas.

Conversei com a mãe sobre a possibilidade de alta do CAPS. Pensei nas mudanças ocorridas, a paciente se responsabilizando pelo tratamento, a mãe podendo acompanhá-la, Mariana iniciando o trabalho tão desejado. Ana respondeu: “Quero ficar aqui até fazer um elo mais forte. Ainda não está na hora de sair do CAPS”. Ela continuou: “há dezessete anos estou assim, com meus filhos”, e enfatiza que o marido não aceitou qualquer ajuda para a filha quando ela era mais nova, mas hoje ele entende que precisa disso. Disse a Ana que ela fez um vínculo com o CAPS e fica difícil pensar em desfazê-lo.

No contexto psicossocial o objetivo não é a remissão dos sintomas e, assim, definimos outros critérios para o encaminhamento do caso. Consideramos a responsabilização do paciente por seu tratamento, o vínculo estabelecido com ele e sua família e a avaliação psiquiátrica com acompanhamento mais adequado da medicação. Quando questionamos a mãe sobre a possibilidade de alta, ela sinalizou dificuldades com a mudança, pois era o primeiro lugar de cuidado que essa família havia recebido.

É importante ressaltar que a questão da alta, desde o início, foi apresentada pela paciente, que inicialmente não reconhecia seus problemas, não queria ir ao CAPS. Depois

vinculou-se e angustiava-se com sua condição e com a dos outros pacientes em momentos de agitação ou delírio.

A dificuldade de encaminhamento é vivida ora pela família, ora pelo paciente, ora pela própria equipe, ao desconsiderarem como positiva a circulação em novos espaços de cuidado e saúde, adiando novos enfrentamentos, assim como novas possibilidades. Por outro lado, a proposta de criação do CAPS foi oferecer um cuidado singular aos pacientes, sem afastá-los de sua família e da comunidade, ou seja, ser uma referência institucional permanente de cuidados (Pitta, 2011). Mesmo quando Mariana estava estável e iniciou um trabalho, foi mantido seu tratamento no CAPS. A decisão da equipe de referência foi manter o acompanhamento na instituição em regime não intensivo, modalidade de tratamento que é oferecida quando a pessoa não precisa de suporte intensivo e realiza suas atividades na família e no trabalho, sendo atendida até três dias no mês.

A presença do irmão mais velho: o movimento da angústia de Marcos

O sofrimento por parte do familiar e a busca em compreender seu próprio mundo mental é uma possibilidade de desenvolvimento de novas condições internas que poderão alterar os vínculos na família no sentido de criar novas configurações, de modo que a escuta individual pode oferecer maior autonomia.

Um movimento da angústia na família merece ser ressaltado. Após um mês de trabalho de Mariana, Marcos, o irmão mais velho, procurou o CAPS a pedido da irmã para buscar um prêmio que ela ganhara em uma rifa. O irmão, nesse momento, falou sobre a preocupação com a carga horária de trabalho da irmã, dia e noite, anunciando a possibilidade de uma nova crise. Marcos estava mais pensativo, emotivo, não estava se concentrando no trabalho e ficou com os olhos cheios d'água ao falar. Disse-lhe que talvez não apenas o trabalho estivesse pesado, mas talvez outros sentimentos com que ele estava entrando em contato o assustassem.

Havia assumido o lugar de cuidador da irmã, da mãe, e estava mobilizado com questões próprias que o assustavam, sentimentos que não conseguia controlar. Perguntou sobre a possibilidade de um atendimento individual. Expliquei sobre o atendimento de família e do grupo de familiares. Marcos disse que iria com a mãe no grupo de familiares. Eu informei que poderia ir sozinho, se quisesse, mas ele não retornou ao CAPS, mesmo com a minha tentativa posterior de contato.

Não saberemos se Marcos de fato compareceria em um retorno individual, mas questiono sobre a nossa própria intervenção quando ele conseguiu expressar sua angústia e sinalizou um pedido de ajuda. O irmão entrara em contato com algo desconhecido que o assustava e se surpreendia com suas próprias emoções. Medo de enlouquecer?

Priorizamos o atendimento de grupo e fomos percebendo que, à medida que impusemos o atendimento grupal, tanto do núcleo familiar quanto do grupo de familiares, não acompanhávamos esse sujeito nas suas possibilidades, mas expressávamos nossa angústia e ansiedade de acompanhar toda a família e impúnhamos um modelo prévio. Foi feita outra tentativa de ouvir Marcos. Chameio-o por telefone e me dispus a atendê-lo individualmente. Ele concordou, mas não retornou. O desencontro permaneceu, com alguns recados. Em atendimento individual com Mariana, ela contou que o irmão não pôde comparecer por causa do trabalho. Em outro momento, no grupo de familiares, a mãe disse que Marcos gostaria de ir ao CAPS. Em outro grupo de familiares, a mãe pediu atendimento em casa, pois estava preocupada com o filho mais velho, com seus relacionamentos amorosos. Ela relatou sobre uma ex-namorada, que estaria casada, na sua cidade natal, mas Ana desconfiava que eles estivessem se comunicando pela internet. Marcos chegou a me ligar pedindo o atendimento, marcamos o dia, ele não apareceu e, por telefone, justificou novamente sua ausência devido a compromissos de trabalho.

Era então o irmão que se via mobilizado por novas angústias, ao mesmo tempo que se via em dificuldade para entrar em contato com seus próprios conflitos e com os aspectos da familiaridade presentes dentro de si (Meyer, 2002). O atendimento no CAPS representaria o contato com sua fragilidade e vulnerabilidade que estava projetada no outro? Esse atendimento poderia abrir espaço para questionamentos em direção à consciência de que ele era parte integrante de alianças inconscientes partilhadas no espaço psíquico comum dentro do grupo familiar (Kaës 2011), e que constituíam sua própria subjetividade. Nesse aspecto, voltar ao CAPS teria um sentido bastante perturbador.

A impossibilidade de escuta dos familiares reforça o movimento da família em torno da ideia de que somente o paciente-emergente deve ser cuidado, assim como assinala um movimento de retrocesso no atendimento de família. O atendimento do grupo familiar propicia, de modo singular, o acontecimento e a intervenção sobre a configuração vincular própria da família. Podemos trabalhar nesses atendimentos aspectos dos vínculos familiares, como eles operam no sujeito, possibilitando novos questionamentos a respeito dos lugares e papéis assumidos no grupo familiar e as expectativas a serem cumpridas. Dessa maneira, emergem novas associações que permitem a construção de novos sentidos de pertença ao grupo familiar.

Ana no grupo de familiares: um espaço de relações

O grupo de familiares tem o objetivo de dar suporte aos familiares. No grupo eles podem ser ouvidos, estabelecer trocas, entrar em contato com os próprios sentimentos, ou seja, no contato com o outro estabelecem novas relações consigo mesmos.

A partir do momento em que Mariana começou a trabalhar, passou a frequentar o CAPS no dia de sua folga e a mãe continuou a participar do grupo de familiares. Apresentamos a seguir três fragmentos desse período do tratamento.

O grupo já havia sido iniciado por outra terapeuta, pois eu havia atrasado meia hora atendendo um paciente que chegara ao CAPS desorganizado. Entrei na sala e Ana estava falando que percebera a filha falando alto e pensara que podia ser o cansaço do trabalho. A terapeuta perguntou se poderia haver outro motivo. Ela respondeu que não, “com os irmãos não tem nada”. Falou da ligação da filha comigo e me alertou para ela não me cansar com sua “melancolia”. A terapeuta disse: “às vezes cansa...”. A mãe afirmou que ela própria não se cansava. Afirmou que não saía de casa. Heloísa (outra mãe que participava do grupo) comentou: “pois devia sair, mulher, por que não vai?”. A mãe continuou dizendo que não teve outro companheiro nesses dezessete anos. Condição que associa ao fato de que hoje seus filhos “são corretos”. Conta que a própria mãe diz que ela é diferente das irmãs. Contou que foi atropelada ao sair do trabalho, foi derrubada no chão e a reação que teve foi levantar e não aceitar a ajuda oferecida. Falou que vai comprar uma mesa para receber mais pessoas, as terapeutas e a namorada do filho caçula, que ainda não conhece.

Podemos perceber a extrema aridez de afetos vivenciados por Ana após a separação, Como Deméter, deusa da terra, que após a separação de sua filha viveu o luto e, entristecida, não gerou mais sementes, nem frutos, deixando de fertilizar a terra. Mas agora vemos, como novas sementes germinando, no espaço do grupo, que Ana deseja novos vínculos, representados na mesa de jantar que reunirá pessoas queridas e a nora ainda não presente no seu convívio.

Era difícil para ela vivenciar o afeto, mostrar seus sentimentos, sofrimentos, expor seus conflitos. Para a família, o tratamento muitas vezes é sentido como algo ameaçador. Questionar os lugares, os vínculos e as verdades do grupo familiar é um processo sempre presente nesses contatos.

No início deste fragmento, aqui relatado, percebemos que, para a mãe, ainda é difícil pensar os conflitos inerentes ao funcionamento familiar e não somente ao modo de ser de

Mariana. Em seguida, percebemos sua dificuldade de viver sentimentos ambivalentes, e até mesmo de se permitir entrar em contato com os núcleos de fragilidade e desamparo, tanto em relação aos filhos, como em relação aos outros, como demonstra sua reação, quando do acidente que sofreu. Vemos a pobreza dos contatos pessoais, que se limitam à casa e ao trabalho; mas também o desejo de ampliar suas relações, com a compra da mesa de jantar.

No segundo fragmento foram apontados os mitos e o funcionamento apresentados pela família anteriormente: tanto pela mãe, ao dizer que os filhos não gostam dela quanto por Mariana, ao dizer que sua mãe não liga para ela. O controle estabelecido pela família, o medo da crise e os lugares do doente e dos sadios ficaram em evidência.

Heloísa iniciou falando sobre dificuldades dos netos com os próprios pais e finalizou: “Eles não gostam de ficar com os pais”. Ana disse: “Você acha que eles não gostam da mãe? Gostam sim, eles não gostam é das diretrizes”. Questionamos sobre o que são diretrizes. Ela passou a falar da filha que não foi trabalhar, ficou em casa para descansar (seria seu dia de folga?) e ficou vendo TV. Ela pediu para a filha tomar remédio e ir se deitar. O irmão caçula interveio: “Você não é criança para a mãe falar assim com você, você tem que tomar remédio e ir deitar”. A terapeuta questionou se Mariana era criança para a mãe falar assim com ela. Ana respondeu: “Não, mas ela tem que descansar”. A terapeuta disse: “E ver TV não pode ser descanso para ela?”

Ana achava que a filha mudou depois de um telefonema do pai. “Ele ligou e pediu dinheiro para fazer exames. Mariana chamou o pai para morar aqui. Pedi para falar com ele e disse para ele que ela ficou preocupada com a saúde do pai. Eu não queria que ele falasse sobre isso com Mariana. Eu queria contar no momento certo, na hora certa”. A terapeuta: “Por que não contar?” Ana justificou que Mariana poderia ficar *stressada* e relembrar o período difícil em que cuidou do pai na doença (câncer). Ela conta com detalhes como ela e a filha, tempos atrás, cuidaram do pai.

Depois de outras colocações do grupo, já ao final, Ana falou que a filha perguntou se ela iria ao CAPS, se contou sobre seu acidente e disse: “Eu ficava com medo da Mariana atravessar essa rua, mas eu estava observando... ela anda na rua melhor que eu”. E a terapeuta: “Dá pra confiar nos filhos quando eles estão bem?!”

Percebemos aqui os aspectos de controle de toda a família sobre Mariana, assim como a desconfiança diante do adoecimento psíquico.

Chama atenção também a impossibilidade de a família lidar com a diferença. Podemos considerar dois aspectos dessa questão, ou seja, a da alteridade: a angústia no vínculo despertada pelo diferente no outro e a da violência enquanto não aceitação do outro. O trabalho do vínculo baseia-se na diferença radical entre dois ou mais outros, essa diferença radical. A resistência ao trabalho vincular implicaria um lugar para a diferença (Berestein, 2011).

Isso nos remete a um ponto central dentro da teoria vincular, a diferença, a presença do outro e o trabalho vincular que essa presença mobiliza, “...aceitar que o outro deve ser necessariamente diferente, mas não necessariamente complementar de alguma maneira desconhecida e inatingível” (Puget, 1997, p. 290). Desafios do vínculo que cada família vivencia de forma singular e muitas vezes repetitiva. Criar um espaço terapêutico na presença de um outro ou mais de um outro para que algo novo surja e aspectos inconscientes do vínculo possam ser trabalhados, eis o desafio.

O grupo teve o objetivo de possibilitar o encontro entre familiares, oferecendo a possibilidade de novos questionamentos quanto à forma de lidar com os próprios sentimentos, culpas, ambivalências em relação aos filhos e questões próprias de cada família.

Passemos ao terceiro fragmento de um encontro do grupo de familiares. Ana disse: “Quando cheguei aqui estava flutuando”, reconhecendo o CAPS como um espaço de cuidado para si mesma. “Aqui eu posso falar e não sou criticada, como as pessoas lá fora”. Fica em

evidência a importância de um espaço sistematizado de atendimento para os familiares, possibilitando que possam descobrir novas formas de lidar com os problemas, produzindo novas narrativas, novos modos de subjetivação (Melman, 2006).

Ana, no grupo de familiares, buscava diretamente respostas para suas angústias. Certa vez perguntou o que achávamos de Mariana. O grupo sinalizou não ter respostas prontas e absolutas para suas dúvidas, mas novas questões para compreender, ou abrir possibilidades, apontamentos, assim como outras intervenções. Em outro momento, no grupo de familiares, Ana falou: “as respostas retóricas do grupo me ajudaram a pensar em casa, depois”. Quando a mãe fez referência às respostas retóricas, pensamos na angústia de não receber resposta pronta para suas dificuldades na relação com a filha, ou colocadas na filha. A fala da mãe denunciava a angústia de lidar com o desconhecido da filha e de si mesma, e a busca de encontrar alguém que soubesse dizer sobre elas, aplacando, dessa maneira, as dores diante do “inabarcável do outro” (Puget, 2012). Percebemos que Ana oscilou entre uma posição de onisciência, a angústia diante do não saber sobre Mariana, e a dificuldade de podervê-la.

A mobilização de angústias no grupo de familiares é o produto de um trabalho, ou um movimento de circulação de angústias que estava dirigido apenas ao paciente. A percepção dos familiares de que o CAPS é uma referência para todos eles, não somente para o filho ou o irmão em tratamento, precisa ser sustentada pela própria instituição.

A pesquisa finda, mas a família continua em acompanhamento no CAPS. O projeto de Mariana permanece flexível no dia de sua folga no trabalho (não pré-estabelecido). Ana continua a participar do grupo de familiares. À Mariana resta o delírio amoroso. Como observou Freud (1911/1996), uma via em busca de restabelecimento com a realidade psíquica tão fragmentada, uma possibilidade de vinculação do sujeito. Não conseguimos estabelecer um vínculo com o irmão do meio e aguardamos o próximo contato com o irmão mais velho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

*Onde começo, onde acabo,
 Se o que está fora está dentro
 Como num círculo cuja periferia é o centro?*
 Ferreira Gullar
Extravio, 1999

Este trabalho pretendeu analisar os vínculos de famílias atravessadas por uma crise psicótica e o que advém dessa crise no atendimento institucional, tendo como enfoque a clínica vincular. Dois focos permearam a pesquisa: os modos de subjetivação vincular na família, com vistas ao modo como ela está comprometida com a saúde ou patologia de seus integrantes; e as práticas em saúde mental que se propõem ao cuidado do sujeito em sofrimento mental, articuladas ao convívio com a família e a comunidade.

Partimos do pressuposto de que o trabalho com a família é essencial na análise e compreensão da psicose, visto que os vínculos nela estabelecidos são fundantes da subjetividade desses mesmos sujeitos. E, ainda, que a clínica de família está consonante com as práticas de cuidado no campo da atenção psicossocial.

A aproximação com as famílias, a entrada nesse universo privado e ao mesmo tempo tão exposto e dilacerado com a vivência da psicose, com o medo do imprevisível, do inesperado, do alheio, do estranho, do que não é posto em palavras, foi o fomento deste trabalho. Somos também arremessados para um mundo de sensações e ansiedades intensas, do estranho conhecido, como já apontado por Freud (1919/1996).

A Psicanálise, ao romper com a dicotomia normalidade/loucura, contribuiu para a ampliação do campo da saúde mental (Lobosque, 2006). Do mesmo modo, a Psicanálise das Configurações Vinculares questiona a polarização sadios/doentes dentro do grupo familiar ao abarcar a família e sua interfantasmatização (Eiguer, 1985); ou seja, toda família adquire certa

identidade a partir dos vínculos intersubjetivos entre pais e filhos e dos vínculos dos pais com seus próprios pais, assim como produz determinados sintomas e lugares assumidos pelos membros do grupo.

A subjetivação do sujeito se constitui em vários planos: o individual, o familiar e o da cultura. Assim como cada um produz sua subjetividade com efeitos da presença e da ausência. A ideia da subjetividade não estabelecida de uma vez por todas permite o movimento de se admitir outros pontos de partida (Berestein, 2011), assim como aponta para a complexidade do vínculo. É a partir do vínculo e de sua complexidade que se efetiva qualquer possibilidade de cuidado em CAPS. Todo trabalho no CAPS se sustenta através dos vínculos, tanto com o paciente, quanto com a família e com o território.

Ao tentar retomar o processo da pesquisa desde o início para conclusão deste trabalho, lembro-me das palavras de Guimarães Rosa: "o real não está na saída nem na chegada, ele se dispõe pra gente é no meio da travessia". Travessia da escrita por vezes árdua, mas que estimulou a reflexão e a contínua travessia no campo da saúde mental em busca de uma clínica que favoreça os vínculos, as trocas subjetivas.

Vimos no caso apresentado que o trabalho com família nem sempre se processa de forma linear e, sim, é constituído no compasso de avanços e retrocessos, aproximação e movimentos defensivos. É fundamental estarmos atentos às movimentações do grupo familiar, assim como ao nosso próprio devir, carregado de "memória e desejo" (Bion, 1967).

Para que o novo modelo de atenção psicossocial se constitua, precisamos considerar *toda* a família que se apresenta. A terapia familiar tem uma dinâmica própria de funcionamento inconsciente que se propõe trabalhar os aspectos vinculativos da família, os aspectos inconscientes constitutivos da família e da psicose, ou seja, que levou à emergência de um paciente identificado como doente. Os familiares precisam se sentir acolhidos e escutados em seu sofrimento e não apenas atendidos, quando procuram o CAPS, para resolver

problemas apresentados pelo paciente, mesmo que esse seja um dos momentos possíveis de intervenção. Assim, concordamos com Box (1994) ao afirmar que carecemos oferecer espaços para as famílias para que os conflitos possam ser vivenciados e pensados.

A escuta da família permite a organização diante dos não ditos, do não simbolizado, representações derivadas do pertencimento a uma determinada família, das configurações vinculares que produziram particularidades específicas, entre elas a psicose. Assim como permite aos familiares serem confrontados com as relações de “produzir e serem produzidos pelo vínculo” (Berestein, 2011, p. 36).

Ao longo da trajetória de pesquisa, entendemos que o atendimento da família trouxe questões particulares, determinadas por suas configurações vinculares, pelos vínculos constituídos, pelo tempo de cada um. Trabalho que produz um saber singular, porém determinante para a mudança de foco de intervenção, de uma determinada patologia ou indivíduo para a experiência de ser/estar no mundo, “onde a significação de si decorre do vínculo que se é capaz de estabelecer” (Meyer, 2002, p. 124).

O CAPS, enquanto dispositivo estratégico dentro da rede de saúde mental, busca produzir espaços de encontro, de produção de subjetividades a partir dos vínculos constituídos. A terapia familiar no CAPS se insere nesse contexto, como um dos dispositivos de cuidado fundamental no encontro cotidiano com o sofrimento, tomando como ponto de partida não apenas o sujeito, mas seus vínculos, ampliando o cuidado a família de modo significativo.

Diante de tantos desafios na construção da clínica psicossocial, Pitta (2011) aponta que o futuro da Reforma Psiquiátrica Brasileira e seu sucesso residem na percepção da necessidade de se construir um amplo espectro de cuidados para sustentar a existência de pessoas, dentro e fora do CAPS.

Acreditamos que a clínica de família no CAPS, com o olhar sobre suas configurações vinculares, possa orientar a prática de cuidados em saúde mental, propiciando novos contornos para os vínculos estabelecidos pelos sujeitos que chegam, novos recomeços.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- Amarante, P. (1996). *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- _____ (org.) (2010). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- _____ (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Azevedo, A.M.A. (2001). Interpretação: revelação ou criação? In: Plenárias do XLII Congresso Internacional de Psicanálise: Método e aplicações. *Revista Brasileira de Psicanálise.* Vol. 35 (2): 359-374.
- Berestein, I. (1998) *Família e doença mental.* São Paulo: Editora Escuta.
- _____ (2001). O vínculo e o outro. In: *Revista Brasileira de Psicanálise*, v. 35 (2): 243-252.
- _____ (2011). *Curso sobre vincularidade.* São Paulo: Via Leterra.
- Berlink, M.T. (2000) O que é psicopatologia fundamental. In: Berlink, M.T. *Psicopatologia fundamental.* São Paulo, Escuta, 2000. P.11-26.
- Bezerra Junior, B. (2007). Um apelo à clínica: nem o respaldo da norma, nem o extravio na dor. In: Lobosque, A. M. (org.). *Caderno Saúde Mental. Encontro Nacional de Saúde Mental,* Belo Horizonte, ESP-MG, vol. 1, p. 21-31. Disponível em: <http://www.esp.mg.gov.br>
Acesso em 19/12/2012.
- Bion, W. R. (1975) *Experiências com grupos: os fundamentos da psicoterapia de grupo.* Imago. São Paulo, 1975.
- _____ (1994a). Diferenciação entre a personalidade psicótica e personalidade não-psicótica. In: Bion, W.R. *Estudos Psicanalíticos Revisados - Second Thoughts.* Rio de Janeiro, Imago Editora, p. 55-77.

- _____ (1994b). Uma teoria sobre o pensar. In: Bion, W.R. *Estudos psicanalíticos revisados - second thoughts*. Rio de Janeiro, Imago Editora, p. 127-137
- _____ (1994c). Desenvolvimento do pensamento esquizofrênico. In: Bion, W.R. *Estudos psicanalíticos revisados - Second Thoughts*. Rio de Janeiro, Imago Editora.
- _____ (1965). *Transformações: Mudança do Aprendizado ao Crescimento*. Rio de Janeiro: Imago, 1983.
- _____ (1975) *Conferências brasileiras*. Rio de Janeiro, Editora Imago.
- Box, S. (org.) (1994). *Psicoterapia com famílias: uma abordagem psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cassorla, R. M. S. (1998). Psicanálise e surto psicótico: considerações sobre aspectos técnicos. In: *Revista Brasileira de Psicanálise*. v. 32 (4), p. 721-745.
- Delgado, P. G. G. (2007). Por uma clínica da reforma: Concepção e exercício. In: Lobosque, A. M. (org.). *Caderno Saúde Mental. Encontro Nacional de Saúde Mental*, Belo Horizonte, 2006. ESP-MG. v. 1, p. 59-66. Disponível em: <http://www.esp.mg.gov.br> Acesso em 19/12/2012.
- Dunker, C.I.L. & Kyrillos Neto, F. (2011). A crítica psicanalítica do DSM-IV – breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. São Paulo, v, 14, n. 4, p. 611-626.
- Eigner, A. (1985) *Um divã para a família*. Porto Alegre, Artes Médicas.
- _____ (1995). *O parentesco fantasmático: transferência e contratransferência em terapia familiar psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Foucault, M. (1987). *História da loucura na idade clássica*. São Paulo: Editora Perspectiva.

Freud, S. (1894/1996). As Neuropsicoses de Defesa. In: *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. III, 1996.

_____(1900/1996). A Interpretação dos Sonhos. In: *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, v. V , 1996.

_____(1905/1996). Sobre a Psicoterapia In: *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v.VII, 1996.

_____(1911/1996). Memórias de um doente de nervos: um caso de paranoia. In: *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, v. XII, 1996.

_____(1913/1996). A disposição da neurose obsessiva. In: *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, v. XII, 1996.

_____(1914/1996). Introdução ao Narcisismo. In: *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, v. XIV, 1996.

_____(1919/1996). O Estranho. In: *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, v. XVII, 1996.

_____(1922/1996). Dois Verbetes de Enciclopédia. In: *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago,v. XVIII, 1996.

_____(1923/1996). Neurose e Psicose. In: *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, v. XIX, 1996.

Gomes, I.C. & Leby, L. (2009). *Psicanálise de família e casal: principais referenciais teóricos e perspectivas brasileiras*. In: Aletheia, nº 2, p. 151-160.

Green, A.(1988). *Narcisismo de vida e narcisismo de morte*. São Paulo: Editora Escuta.

Kaës, R. (1991). Realidade Psíquica e Sofrimento nas Instituições. In: KAËS, R. (et al.) *A Instituição e as Instituições*. São Paulo. Casa do Psicólogo, p. 19-58.

_____ (2011). Um singular plural. À psicanálise à prova do grupo. São Paulo. Editora Layola.

Kyrillos Neto, F. (2007). *Efeitos de circulação do discurso em serviços substitutivos de saúde mental: uma perspectiva psicanalítica*. Tese, PUCSP, São Paulo.

Klein, M . (1991). A origem da transferência. In: Inveja e Gratidão e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago.

Lancetti, A. (1993). A clínica grupal com psicóticos: a grupalidade que os especialistas não entendem. In: Lancetti, A. (org.). Saúde e loucura: grupos e coletivos. São Paulo: HUCITEC, p. 155-171.

Lei nº 10.216 de 9 de abril de 2001. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF.

Linha Guia em Saúde Mental (2006). Secretaria de Estado de Saúde. *Atenção em Saúde Mental*. Marta Elizabeth de Souza (org.). Belo Horizonte. Disponível em: www.saude.mg.gov.br. Acesso em: 06/04/2012.

Lobosque, A. M. (2003). *A Clínica em Movimento. Por uma sociedade sem manicômios*. Rio de Janeiro. Editora Garamond.

_____ (2007). Um desafio à formação: nem a fuga da teoria, nem a recusa da invenção. In: Lobosque, A. M. (org.). *Caderno Saúde Mental. Encontro Nacional de Saúde Mental*, Belo Horizonte, ESP-MG, v. 1, p. 33-44. Disponível em: <http://www.esp.mg.gov.br> Acesso em 19/12/2012.

_____ (2007). *CAPS: laços sociais*. In: Mental, v. V, nº 8, junho, p. 53-60. Disponível em: <http://www.redalulyc.org>. Acesso em 06/02/2013.

Marazina, I. (1999). Sobre o trabalho com famílias em instituições de saúde mental. In: Ramos, M. (org.) *Casal e família como paciente*. São Paulo: Editora Escuta, 2^a ed., p. 123-136.

Matos, N.G.V. (2011). *CAPS-POEIRA: encontros possíveis entre a Psicanálise e a Capoeira Angola nos grupos operativos do CAPS-ad*. Dissertação, UFU, Uberlândia.

Melman, J. (2006). *Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares*. São Paulo: Escrituras Editora.

Melo Franco Filho, O. (2003). Primórdios: psicoterapia analítica de grupo - a trajetória de uma ideia e de uma práxis. In: Fernandes, W.J. & FERNANDES, B.S. *Grupos e Configurações Vinculares*. Porto Alegre, Artemed Editora.

Meyer, L. (2002). *Família: dinâmica e terapia: uma abordagem psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Minerbo, M. (2013). *Neurose e não neurose*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Monguilansky, R. & Seigner, G. (1991) *Una aproximación psicoanalítica a la pareja y familia*. In: *Psicoanálisis APde BA*. v. XIII, nº 2, p. 311-325.

Moscana, S. L. & Mauer, S. & Resnizku, S. (2012). Dispositivos Clínicos. A propósito da convocatória. In: *Invenção e Inovação*. Disponível em: www.congresos.com.ar. Acesso em 20/05/2013.

Neves, A. S. (2008). *Família no singular, histórias no plural: a violência física de pais e mães contra filhos*. Uberlândia, EDUFU.

Oliveira, R. A.(2000). Análise Psicológica. In: Do vínculo às relações sociais: Aspectos Psicodinâmicos. Revista Análise Psicológica on-line, v. 2, p. 157-170. Acesso em 19/07/13. Disponível em: www.scielo.com.br

Pereira, P. O. C. (2007). *Psicólogo do CAPS: desafios e impasses na construção de uma identidade*. Dissertação, UFU, Uberlândia.

Pitta, A. M. F. (2001). Reorientação do modelo de Atenção Psicossocial: Equidade e Justiça Social na Organização dos Serviços de Saúde Mental. In: Brasil. Ministérios da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Caderno de *Textos de Apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília, Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br>. Acesso em 10/12/2012.

_____ (2011). Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), p. 4579-458. Disponível em: www.scielo.com. Acesso em 20/01/2014.

Pichon-Rivière, E. (1983). *O processo grupal*. São Paulo: Martins Fontes.

Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF.

Portaria nº 3088 de 23 de dezembro de 2011. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF.

Puget, J. (1997). O casal: uma entidade psicanalítica. In: Zimerman, D.E. et al. *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Artmed, p. 283-292.

_____ (2012). Cómo pensar las realidades como material psicoanalítico? In: *Actualidad Psicológica*, Impresso setembro, nº411.

_____ (2012). Estar consigo mesmo ou estar com outros. In: *4º Encontro Latino-American de Família e Casal, Clínica de Família e Casal: Psicanálise dos Vínculos*. Palestra realizada no dia 31/08/2012. Rio de Janeiro.

Ravazzola, M. C., Barilari, S. & Mazieres, G. (1997). A família como grupo e o grupo com família. In: Zimerman, D. et al. *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Artmed, p. 293-304.

Rezende, A. M. (1993). A investigação em psicanálise: exegese, hermenêutica e interpretação. In: Silva. M. E. L. *Investigação e Psicanálise*. Campinas. SP. Papirus.

Safra, G. (1993). O uso de material clínico na pesquisa psicanalítica. In: Silva, M.E.L., et al. *Investigação e Psicanálise*. Campinas, SP. Ed. Papirus.

Vigano, C. (2010). A construção do caso clínico. In: *Opção Lacaniana online*. Ano 1, nº 1.. www.opcaolacaniana.com.br. Acesso em 07/07/2012.

Vórcaro, A. (2003). Sob a clínica: escritas do caso. In: *Estilos da Clínica*, v. VIII, nº 14.

Zimerman. D. (1995). *Bion: da teoria à prática: uma leitura didática*. Ed. Aramed. Porto Alegre.

_____ (1999). Psicoses. In: *Fundamentos psicanalíticos*. Ed. Aramed. Porto Alegre.

_____ (1999). *Como trabalhamos com grupos*. Ed. Aramed. Porto Alegre.