

“Clínica, com quê?”

Diagnóstico diferencial patologias ou formas de existência humana (parte 3)

24/03/2015

Se a gente pensar que um dos mecanismos de defesa psíquica mais corriqueiros e usuais do registro da neurose é a racionalização, transformar em raciocínios. A gente se defende subjetivamente, produzindo pensamentos. Na neurose, a normalidade neurótica é aquela capaz de raciocinar. A faculdade do raciocínio, que nós achamos uma coisa tão fantástica, nós achamos que é o supassumo, nós todos nos avaliamos e avaliamos os que estão conosco pela competência “raciocinadora”, a competência “racionalizadora”.

(1:55) Tornar racional é dominar no registro simbólico; é usar no registro simbólico para dominar algo. Como eu domino algo? Tornando esse algo pensável. Não é assim quando estamos em um relacionamento afetivo amoroso e a pessoa “pisa na bola” com a gente? E aí a gente fica depois “queimando a bufa”; a gente vai lá, a gente vem cá, até que a gente consiga produzir um pensamento. “Mas ele/ela vai pagar o preço com isso”. Pronto! Desse momento em diante acabou o sofrimento, acabou a “gastação” de pensamento. O que era algo que me invadia, sobre o formato da traição, da quebra da confiança, da ameaça de que vai ser assim todos os dias agora – “quando eu passar na esquina, ela vai estar com três ou quatro, mesmo que ela me confesse que foi apenas aquele momento, que ela não resistiu e, mesmo que eu, no dia anterior, tenha passado pela mesma situação e não tenha resistido e tenha dado uns beijos numa outra, quando eu a vi beijando um outro, ela prometeu que seria minha, eu piro, pois a quebra de confiança. A garantia ela não vai me submeter a essas experiências que me constroem tanto, não vai me submeter essa experiência de me constroem tanto”. O que eu faço? Eu fico “queimando a minha bufa”, eu fico ruminando todos os projetos de vinganças possíveis para aquele que me colocou em sofrimento, um constrangimento tão grande, e eu vou com esse pensamento. O que eu estou fazendo? Exercendo o domínio sobre a realidade.

(5:22) Então entender a neurose é importante. Entender aquilo que a gente faz corriqueiramente é o exercício de exercer domínio sobre a realidade através de racionalizações. Produzir racionalização é produzir domínio sobre o real. Quem pode produzir racionalização? Todo mundo pode exercer domínio sobre a racionalização? Quem sabe mentir, quem sabe falsificar.

(6:19) O registro da neurose é o registro da falsificação. A obsessão dos obsessivos é com a honestidade. Por que a verve da histérica ou do histérico é dizer “a regra vale onde vale, mas eu que sei que ela vale. Agora não vale, agora vale”. São formas, seja de registro dizendo estrutura da neurose comporta, segundo com a teorização da psicanálise, três variações principais: a obsessão, fobia e histeria.

(7:27) Então rigorosamente no bloco da neurose, nós também temos um diagnóstico diferencial. Nós também temos um diferencial. Os sofrimentos no bloco da neurose derivam de três posições de existir no mundo: uma que seria organizada na obsessão, outra posição organizada na perspectiva da histeria e outro que seria aquilo que se organiza na perspectiva da fobia .

(8:21) Mas isso é o campo da neurose, é o campo em que os terapeutas, os cuidadores mais se sentem à vontade. Por que as pessoas se sentem mais à vontade, os neuróticos se sentem mais a vontade em relação a histeria, fobia e obsessão? Porque nós temos a possibilidade projetiva. Por isso que terapeuta nenhum se assusta diante de neurose, porque se ele não souber muito da teoria, se não tiver muito esquema teórico organizado para guiar, ele se guia pela sua mera projeção. É onde a psicologia, psicoterapia vai enfatizar tanto a questão da empatia.

(10:02) Empatia é a capacidade de se colocar no lugar do outro. A possibilidade de se colocar no lugar do outro. Mas a psicoterapia, nessa perspectiva, desconhece liminarmente que o outro pode estar no lugar da histeria e eu posso ser um obsessivo, eu posso estar no lugar da obsessão; que o outro pode estar um lugar da fobia e o terapeuta pode estar organizado no lugar da obsessão.

(10:52) Então, o que ocorre? Confusão, bizarrice psicoterapêutica. Mas quem disse que na maioria dos consultórios psicoterapêuticos, não esteja acontecendo bizarrices o tempo todo? Bizarrices o tempo todo. O que certifica o terapeuta? A psicanálise fala assim: “O que autoriza o analista? Como o

analista se autoriza”?

Esse é um problema sério. Eu sou de um tempo onde essa difusão psicanalítica na cultura encontrou um grupo profissional dos psicólogos crescendo e ampliando. E por quê? Porque passando de trinta mil para sessenta, para noventa, hoje existem duzentos e trinta mil psicólogos no Brasil. Mas mais ou menos pelos noventa mil (muitos psicólogos naquela época), coincide mais ou menos com a época da onda lacaniana chegando ao Brasil.

(12:42) A teoria vem em ondas. Então vem a onda, obviamente uma onda pequena, mas depois ela vai crescendo e vai hegemônico. De fato foi uma onda que foi muito bem sucedida, foi crescendo e depois começa: passou de cento e trinta mil para cento e cinquenta, cento e oitenta mil psicólogos. Então as ondas teóricas vão se diluindo. Hoje essa onda é uma onda que tem sua importância, conquistou seu lugar, tem seu espaço, mas era uma onda mais fraquinha. Já houve uma época em que, praticamente, o campo do discurso psicanalítico hegemônico fortemente. Significa que se eu tivesse nessa época numa sala com onze ou doze pessoas, certamente eu teria certeza que oito delas seriam estudantes de psicanálise.

(14:06) Hoje já não é assim. Contamos uns três ou quatro interessados. Um colega de vocês se manifestou na última reunião: “Eu estudo psicanálise, tenho esses encaixes”. Mas isso se chama hegemonia, quando todos que estão fazendo parte de um campo acham que, fora daquilo, estão perdidas, impossibilitadas. E então em algum tempo a coisa se passou assim, houve uma grande hegemonia e uma grande difusão. Falo da perspectiva, nem da teoria psicanalítica, mas falo da perspectiva no campo da saúde mental.

(15:06) E vejam, estou falando isso porque a perspectiva psicanalítica quando veio já fazia parte da cultura. Na verdade tivemos a onda lacaniana, que diz que quem é o analista que se autoriza. Ou seja, não preciso fazer um curso de formação de quinze anos numa associação filiada da IPA para que alguém me dê o título de psicanalista.

(15:54) Lacan introduz um questionamento desse ensinamento, essa forma de ensinar e diz: “Não, psicanálise pode ser conquistada pelos sujeitos que se dirigem a ela”. E ele tematiza o processo formativo de cada um, como exatamente cada um se colocou ou se coloca diante dessa tarefa de conquistar um conhecimento. E é óbvio que num dado momento em que o sujeito,

exercitando certas experiências que estão previstas nesse processo, que se submeteram a uma análise pessoal, com a experiência de se submeter a um processo formativo de estudos nos textos originários, de se submeter a um processo de supervisão de um colega que tenha mais expertise nesse fazer, e que nessa caminhada, que envolve análise pessoal, estudo, supervisão, participação na comunidade, levaria o sujeito a uma aquisição de conhecimento que ele faria expressar diante de seus colegas. Ele expressaria esse conhecimento diante de seus colegas. E seus colegas o reconheceriam; que, de fato, ele fala com propriedade dessas coisas.

(18:05) E nessa condição onde o outro produz reconhecimento do sujeito, esse sujeito poderia chegar a conclusão: eu sou um psicanalista. É interessante o questionamento proposto pelo Lacan sobre o processo de formação que constitui, está envolvido na produção de um psicanalista. Mas qual é o problema? O problema é que obviamente os sujeitos, para estarem em consonância com essas diretrizes, precisam de ter um tipo de envolvimento com o que eles chamam de “a causa analítica”; esse conhecimento, essa teoria, tem que causar nesse sujeito um tipo de efeito, que leva esse sujeito para essas possibilidades.

(19:25) E estaria portanto aí uma dimensão autônoma do processo de difusão do conhecimento psicanalítico, produção de conhecimento, formação e produção de novos analistas, então dispensando aquela tutela de uma instituição que levaria o ensino. Qual o problema? O problema é que essa ideia complexa, difícil, exigente, ela vai ser banalizada ao ponto de que nós passamos a pensar, que o campo passa pensar, que para alguém ser psicanalista, ou para alguém ser psicoterapeuta, que é um tipo de terapeuta causado eventualmente, pelos conceitos psicanalíticos, mas não fortemente marcado por isso, de que os sujeitos todos possam se intitular e se autorizar psicoterapeutas.

(20:46) Então quem autoriza os psicoterapeutas? Uma graduação “chinfrim”, uma graduação lesa, estou falando da psicologia que é mais conhecido, uma graduação não rigorosa nesse assunto, uma ausência de orientação, uma leniência ética, uma atitude frouxa, uma frouxidão ética. Então é nesse contexto que estão se produzindo, por exemplo, a maior parte desse corpo que deveria estar sustentando uma perspectiva clínica, nas

diversas instituições dos diversos lugares.

(22:00) Então eu não quero fazer aqui um discurso dizendo que o problema é a má formação; o problema não é má formação, o problema é que nem sequer existe para os sujeitos a noção do que é formação. Hoje a formação psicoterapêutica está restrita as agências que reproduzem as linhagens teóricas, então tem diversos grupos nas linhas junguianas, a análise do comportamento, tem a sociedade de psicodrama. Existem esses lugares. Nesses lugares supostamente encontra-se algum nível de estruturação teórica reflexiva acerca do significado dessa prática.

(23:30) É possível produzir diálogos e até eventualmente debates discordantes, debates problematizadores. Essa é a proporção de que hoje não existe, para a maior parte dos estudantes de psicologia, qualquer filiação, e a decisão de tornar-se psicoterapeuta deriva exclusivamente do reconhecimento do CRP e do diploma. Está no texto da lei de que é possível exercer psicoterapia e o psicólogo fala “o conselho me deixa exercer, ganho um tutu, posso ser psicoterapeuta”.

(24:40) Eu, nessas andanças, nessa cidade de Salvador, digo para vocês que me impressiona o número de profissionais que efetivamente nunca se dedicou sistematicamente a nenhum processo de investimento numa competência de tipo psicoterápico. Estou falando isso em relação a psicologia, e hoje essa proliferação de cursos que nós temos efetivamente, essa ideia de dimensões alarmantes e assustadoras (se a gente for pensar). Mas estou falando da psicoterapia para dizer que o campo da clínica que é feita pela psiquiatria sofreu também empobrecimento severo e também a maior parte dos psiquiatras nunca passaram por essas associações formadoras em psicoterapia. E dizer que as assistentes sociais, tem uma resolução do Conselho Federal de Serviço Social que as proíbe de fazer práticas clínicas: “não temos essa expertise, não queremos que as profissionais de serviço social façam isso”; que, efetivamente, a terapia ocupacional tem um contato exclusivamente com a perspectiva do nexa entre atividade e bem estar, portanto exclusivamente centrado numa pequena instrumentalização do fazer, agir, fazendo, operando, atuando com uma práxis operativa, com alguma atividade; e que as enfermeiras vão “muito bem, obrigado”. Se você frequentar

o curso de enfermagem, sua doutrinação desde o primeiro período será pela assunção de uma competência para reprodução de rotinas e essas rotinas são as condições da própria intervenção, é rotineira.

(28:10) Está faltando falar desses que se aventuram atraídos pelo campo da saúde mental, derivada das ciências sociais, da filosofia, derivados, atraídos, mas que também efetivamente é o campo onde uma reflexão sobre o fazer clínico pode lhes acompanhar. Então a que isso nos remete? Isso nos remete a empiria.

(28:59) O campo da clínica, se essa descrição que fiz, obviamente estereotipada, se essa descrição física corresponde ainda que palidamente a situação do campo da clínica mental, a situação não deve ser muito boa. Por quê? Porque, de alguma maneira, a retroalimentação do pensamento como condição fundamental para a ação na clínica, nós somos técnicos. Podemos pensar que a clínica é uma arte técnica.

(29:56) É interessante porque esse nome “arte” tem uma dimensão. Às vezes a gente pensa muito nessa dimensão estética, mas esse nome “arte” aqui tem uma dimensão por traduzir o que era o Museu das Artes e Ofícios. As artes são as artes práticas, técnicas, competências para produzir os artífices produtores capazes. Então nós temos que pensar que o campo da clínica, para nós, estaria remetido a uma dimensão de uma empiria, informada por noções circulantes do campo.

Empiria. Pensar que os vinte e cinco anos de reforma psiquiátrica, se eu considero o ano de 1990, quando se nomeia a existência dos CAPS como um marco institucional, do processo de produção de efeitos institucionais, nós temos vinte e cinco anos de empiria no campo do fazer técnico da clínica. É de uma empiria nutrida por, sem dúvida nenhuma, inventividade, pela criatividade, pela inteligência, pela capacidade de produção, de novos conceitos, de novas metáforas, sem dúvida nenhuma. Esse recurso é o que dá vigor a essa empiria. Por exemplo, como fazer agora para remodelar o atendimento de um paciente por tantas pessoas diferentes? Ai a gente cria, todos vão olhar para ele, mas alguém vai tomar mais de perto. Isso é o “técnico de referência”. Uma empiria de racionalidade interessante, ao sujeito em crise, desorganizado

psiquicamente, chega ao serviço e o que ele precisa encontrar? Estão todos ocupados, fazendo coisas, cuidando de pessoas, fazendo as atividades. E se ele entrar nessa hora, todo mundo ocupado, nós precisamos então saber se vai ficar alguém que vai ficar esperando para receber, então nós vamos fazer uma recepção acolhedora.

(33:42) Então nós vamos desenvolver o conceito de acolhimento. Essas são ideias que ajudam a sustentar esse fazer clínico complexo, amplo, ampliado, que envolve o sofrimento, nos serviços pós reforma psiquiátrica. Mas vamos combinar que é muito pouco a relação empiria-conceituação e na teoria, no caso típico de teoria que nós temos, é uma teoria quase senso comum. “Está todo mundo ocupado, tem que alguém ficar para receber as pessoas”. Não é uma teoria, é no senso comum. É bom para quem chega, em sofrimento, desorganizado, num primeiro surto, encontrar todo mundo fazendo tudo e encontrar alguém que diga “me conta como foi, o que aconteceu com você”? Isso faz muito bem para o sujeito, isso é bom, é uma boa estruturação.

(35:03) Então nessa clínica ampliada, nós temos vários aspectos que vão nessa direção dessa empiria, coberta por um tipo de pensamento de uma racionalidade justificadora, geralmente fundada em algum aspecto da observação ou fundada num aspecto da ética, do que seria bom. O que seria bom fazer numa circunstância dessa? O que eu gostaria de receber se tivesse assim? A ética tem a ver com isso. Como gostaria de ser tratada nessa circunstância? Onde o bicho pega? Pega na insuficiência desses aspectos para dar conta da complexidade, sobretudo dar conta da complexidade no que diz respeito ao registro de funcionamento da psicose.

(36:21) E eu digo também, em um ambiente de técnicos tão normais, que para dar conta de quem comete excessos, de quem não exerce autocontrole. Gente “controladinha” demais, o que tem a dizer para alguém cuja questão é não exercer esse autocontrole? A não ser dizer para ele que ele tem que exercer o autocontrole. A perspectiva moralista, dizer “você está descontrolado, se autocontrole”. Então nós temos aí que, para o sofrimento daqueles que estão no registro da neurose, esse não é problema, aliás, isso nunca foi problema para a saúde pública. Essa gente que tem sofrimento comum, eventualmente até o sujeito que está na miséria neurótica, no registro

da neurose que o faz trabalhar, roubando todas as energias dele para a miséria neurótica, esses profissionais das diversas extrações que constitui (acho que a maioria que não tem uma formação mais sistematizada no campo do fazer clínico, que obviamente apreenderam as dimensões empíricas) quando eles são colocados em contato com esse sofrimento desafiador, esse sofrimento para o qual as meras racionalizações terapêuticas administrativas, com sentido terapêutico que nós produzimos, não são capazes de dar conta da situação.

(38:58) E mais do que isso: não são capazes de dar conta e colocam-se como recursos (vou usar uma palavra forte) opressores. Por quê? Porque o registro da violência simbólica, para mim hoje passado tanto tempo, olho pra clínica ampliada e olho os principais serviços que deveriam ser substitutivos, desinstitucionalizantes, e fico preocupado exatamente com o fato de que essa circunstância em que se produziram serviços, essa história meio que abreviadamente, que aqui ela tem, sobretudo para a realidade baiana, efetivamente serviços com uma grande dificuldade de lidar com os casos graves.

(40:26) Dificuldade por falta de repertório interpretativo do fenômeno. Então enquanto nós falávamos aqui de diagnóstico diferencial, por que é importante essa noção que veio sim trazida na própria psicanálise? Por que seria bom que fosse incorporada? Porque ela permite que nós exercitemos uma autocrítica da nossa condição estrutural psíquica. Somos do registro da neurose. Constatemos que somos do registro da neurose, tomemos consciência que existe um registro psíquico hegemônico que a maior parte dos sujeitos que fazem parte do jogo dominam. Mas que existem sujeitos que não fazem parte do jogo. Mas se eu não reconheço o jogo; se eu não reconheço o jogo, eu posso achar que o sujeito não faz parte do jogo, não faz porque ele não quer. Eu posso achar que o jogo está disponível para todos e todo mundo pode jogar igual. Eu estabeleço aí uma “democracia psíquica”: todos são iguais psiquicamente perante a lei. A concepção que está, no meu entender, que predomina hoje no campo cultural da saúde mental entre nós, é da democracia psíquica. Todos são iguais psiquicamente perante a lei, portanto qualquer um pode ficar no lugar de cuidados e terapeuta? Porque ele vai lidar somente com sujeitos iguais a ele e se ele tem alguma experiência consigo próprio lógico que

pode lidar com o outro, porque todo mundo é igual perante a lei.

(43:36) É mais ou menos assim que se sente a minha vizinha quando se põe a me dar conselhos para dizer como é que eu devo tirar manchas do meu lençol. Que ela também tem lençol, os lençóis dela também já mancharam, e ela já tirou mancha do lençol e assim fala “é muito fácil tirar mancha do lençol, faz assim que você tira essas manchas”. Quer dizer: eu estou, quando me refiro a isso, estou dizendo que talvez a minha vizinha tinha ensinado a tirar mancha do lençol, mas, comparando, é isso que eu vou ter: “eu também já fiquei triste, já fiquei angustiado, eu também já perdi uma namorada, eu também me lembro como ficou meu vizinho quando perdeu o pai, eu também sei o que é ter ficado sem dinheiro”.

(44:56) Então posso atender essa pessoa que está sofrendo por causa disso, como se as realidades psíquicas fossem todas passíveis de serem escritas em registros identificatórios, os nossos registros identificatórios, a partir dos quais nos reconhecemos, como se as pessoas fossem todas complexas, mas simples. Complexas porque elas estão desesperadas; simples porque eu sei que no fundo, no fundo, a questão se resolve pela simplicidade, porque ela está fazendo tempestade em copo d’água. Como se fosse isso, o sofrimento mental que chegasse para nós fosse apenas tempestade em copo d’água, porque é assim que o neurótico reconhece o seu próprio sofrimento, sabe que faz tempestade, e é como se as pessoas todas também fizessem tempestade em copo d’água.

(46:22) Então estou aqui fazendo uma coisa feia, estou produzindo uma versão grosseira, estou subestimando, muita gente pode falar: “quem você pensa que é para falar essas coisas”?

Eu estou fazendo uma tentativa de seguir o diagnóstico que se chama “desorientação no campo do fazer clínico, da reforma psiquiátrica antimanicomial e substitutiva”. E se chama estado mental coletivo, da comunidade. Isso é um modo médio de funcionamento desse enigmático, complexo, difícil desafio de lidar com pessoas em sofrimento mental.

(47:32) Então, com isso, estou enfatizando que a autopercepção de que o time de cuidadores é um time, não é despreparado só, é um time de

neuróticos, um time de sujeitos que opera, que trabalha e funciona no registro da neurose, sem ser capaz de autocriticar sua própria condição e funcionamento psíquico. É como se realidade psíquica e realidade fosse a mesma coisa. Como se não houvesse distinção entre realidade psíquica e realidade. Porque, sem dúvida nenhuma, todos nós que estamos no registro da neurose, sentimos que a realidade é real e supomos que esta capacidade de percepção de que a realidade é a realidade, seja universal. E que seja igual para todos. E que seja igual em todas as circunstâncias.

Inclusive porque nessa hora, nós apagamos, nós suprimimos a memória das vivências de desrealização, das vivências de perda do senso de realidade que eventualmente possamos já ter colhido na nossa história, fruto daqueles momentos em que a vida “puxou o tapete”, que é a intercalação da realidade colocou em questão quem éramos nós, nos fez aquela pergunta: “é carne ou peixe? Carne peixe senhora, o que vai ser”?

(49:55) Porque a vida faz isso. A vida faz isso quando a pessoa que nós amamos mais começa nos retirar abruptamente; a vida faz isso naquele momento em que nós, pelas nossas próprias pernas, nos enredamos como sujeitos num registro da perversão da criminalidade e que, efetivamente, passamos por surpresas, por nossa estupidez (não temos visto, estava na cara). Então são muitas as vezes que se a gente fosse recordar, nós seríamos capazes de perceber que nem sempre realidade foi para mim o que eu estou chamando agora de realidade. Já teve um momento, quando alguém fez utilização de substâncias psicoativas desrealizantes. Eu conheço poucas drogas com a competência desrealizantes e da Cannabis sativa.

(51:26) A maconha é uma das drogas mais desrealizantes; entretanto, muitos sujeitos são capazes de frequentar por um par de horas uma experiência desrealizante. É interessante, eu não sei porque as pessoas precisam frequentar uma experiência desrealizadora, a realidade é tão boa, tão agradável, tão interessante, tão certificadora, não é? Nos dá tanta certeza, tanta segurança e é cada vez mais comum, tenho certeza que não nessa sala, certamente cada vez mais comum na nossa cultura a presença da maconha que é uma droga que ajuda nesse sentido, a explanação, porque é uma forma de falar de desrealização psíquica.

“Clínica, com quê?”

Diagnóstico diferencial patologias ou formas de existência humana (parte 4)

24/03/2015

Desrealização psíquica, deturpagem do real. Produzimos um deslize psíquico, razão pela qual sujeitos que tem certas estruturas psíquicas, certos arranjos psíquicos, certos modos de organizar o seu próprio ser, sua ontologia em certos registros, quando utilizam maconha podem produzir experiências muito próximas da experiência de um surto psicótico.

(1:00) Eu costumo dizer que tem um debate médico importante, qual a relação entre maconha e psicose. É um debate. Vários sujeitos dizem se a maconha provoca psicose, produz psicose. Seria como se dissessem que o efeito da Cannabis Sativa pode ser desencadeante da psicose. O problema disso é que não há explicação para todos os sujeitos que fumam maconha regularmente e não desencadeiam psicose. Por que será que tem sujeitos que fumam maconha regularmente e não tem vivência, experimentam vivências de desrealização psíquica, mas não psicotizam? Tem a vivência da desrealização psíquica, mas não existe a psicose.

(2:20) Então o que nos levaria nesse caso perguntar: será que o efeito de desencadeamento de psicoses, quando os sujeitos fumam maconha, não estaria associado a pré condição do sujeito mais do que a ingestão da droga? Ou seja, poderia ser essa droga ou outra droga, um susto, um casamento, a primeira relação sexual, uma interpelação do chefe, um assalto, enfim, poderiam ser várias coisas que certos sujeitos não tivessem recursos psíquicos para lidar com elas.

(3:16) Então, estou aqui um pouco tangenciando, falar de diagnóstico diferencial as vezes, para mim, parece que pode ajudar a fazer os nexos, ajudar a tornar a desrealização, ajudar realizar essa ideia para vocês, realizar essa ideia do diagnóstico diferencial. Então sujeitos sem estruturas psíquicas, que supõe recursos psíquicos para lidar com certas experiências. Certos

sujeito tem outros modos, outros arranjos psíquicos que não supõe recursos para lidar com certas experiências. Então diagnóstico diferencial serve também para a gente pensar que certos sujeitos não tem recursos para lidar com certos estilos, certas demandas, com certas tarefas que vem recair sobre eles. Sujeito que não tem recursos e como ele não tem ele faz uma crise psicótica, que é expressão da falta de recursos do sujeito para lidar com dimensões das experiências que estão propostas para ele. Fruto de ele ter buscado.

(5:02) O sujeito faz um surto psicótico porque lhe faltou recursos. Nesse sentido, outra coisa boa de dizer, se um sujeito mesmo que tenha arranjo ao modo da psicose e esteja arranjado ao modo da psicose, se puder não surtar, ele prefere. Só para gente se acertar. Se ele tiver uma pré disposição qualquer, que evite o surto, ele prefere. Pra gente entender a história do surto psicótico e a crise psicótica: crise psicótica e o surto psicótico é a expressão da falta de recursos psíquicos do sujeito para lidar com alguma coisa que está acontecendo. Depois a gente em algum outro momento podemos pensar um pouco melhor.

(6:12) Então vamos desmistificar essas genéticas, vamos desmistificar essas tentativas de fundar a biologia, de fundar no orgânico, porque efetivamente a psicose concerne ao simbólico. Você pergunta para um psicótico “que horas são?”, se ele tiver de relógio ele fala “são sete horas”. O senso de realidade está ali. Tem perguntas que você faz para um sujeito, você pode perguntar o nome e essa pergunta pode levar a um registro delirante e não ser capaz, mas não é porque ele não sabe que o nome dele é x ou y. Se você pedir para ele fazer uma conta, ele faz, ele não perde as faculdades intelectuais porque está em surto. Várias dimensões da existência do sujeito, ele continua sendo capaz de operar essas dimensões apesar do surto. O conhecimento dessa experiência.

(7:47) Então, isso é para afirmar que a psicose está num registro que é um registro do simbólico. A questão da psicose está num modo da relação com o registro simbólico. O sujeito está com as faculdades da mente preservadas. Alguma coisa está alterada, diferenciada. Então nós não vamos ficar com medo, porque também depois do surto não existe um buraco mais fundo. O surto é o fundo do poço da desorganização psíquica.

(8:34) Eu vejo as vezes, as pessoas também, com muito medo e receio em relação ao surto, como se o surto fosse uma via que fosse cada vez mais produzindo o caos, como se tudo fosse o caos se aproximando e se aquele caos fosse arrastando (desses filmes que mostra a cidade, começa a se destruir, crateras abrindo e vai se alastrando, como se aquilo fosse assim). Não. O pior já aconteceu. Aquilo é o pior.

(9:16) O pior na psicose é a impossibilidade de lidar no registro simbólico com a experiência que está questionando, interpelando a ontologia do sujeito, o pior é isso. Ele não poder lidar com isso. Quando o sujeito surta, o surto já é a resposta. Eu costumo dizer que no minuto seguinte após a queda, o crack, a separação, o splitting, no minuto seguinte todo o trabalho, toda a direção do trabalho psíquico do sujeito será na perspectiva de reconstituição do laço simbólico. A gente vê doido na rua, chutando pedra, doido agitado, passe a olhar para ele e dizer assim “tudo que aquele sujeito queria é voltar a ter uma reconexão”. Vai ficando cada vez mais difícil.

(10:37) Tudo ao redor, corrobora. Uma vez que se perdeu a conexão com a dimensão simbólica, para empurrar esse sujeito para fora, da possibilidade da conexão, e como se tudo está sendo, empurrando o sujeito para fora da conexão, o sujeito acaba ficando desconexo. Coloca ele no hospício, aí ele vai de fato ficar afastado da possibilidade de reconexão. Acharam “significante na veia”; vou repetir, escandir o significante, e ficar falando assim: “a experiência que você teve então foi esta? você acha que sua mãe não gostava de você? sua mãe não gostava de você?” (para ver e repercute e o sujeito acha um ponto). É como se fosse... não. É a vida, é a mãe real, que não gosta mesmo dele, deu muito caldo nele, criou muita complicação, muita ambivalência. Muito mais fácil do que ficar dentro de um hospício, buscando falar qual é a mãe, como foi, do que você efetivamente colocar ele, a mãe e pensar “essa mãe é dura, não é fácil ser filho dessa mãe e ser mãe desse filho”. Porque você está ali no real, com essa realidade, e poder pensar que esse drama humano, se falhou do simbólico, é porque o simbólico tem alguma coisa desancorada. O simbólico está ancorada dentro da existência humana.

(12:58) Tenho um pouco de inquietação com a hipertrofia do simbólico. Da valorização do simbólico. Fica parecendo que é a palavra, o a palavra, o significante. Tem ancoragem e tem sentido muito prático. Então, resumindo aqui, para poder discutir algo a partir disso, seguimos nessa linha de perguntar sobre o diagnóstico diferencial e talvez fazendo aqui hoje um jogo de ênfase entre o registro da experiência da psicose e o registro da experiência da neurose. Não como coisa, mas como modo de arrumação. Por isso eu gosto muito da expressão “arranjo psíquico”. Então o sujeito está arranjado, o sujeito está arrumado psiquicamente ao modo da psicose; o sujeito está arranjado ao modo da neurose. O que é o modo da psicose, o modo da neurose? Nossos recursos semânticos para tentar perceber diferenças humanas, diferenças da experiência, diferenças da vida, no modo de viver, dar conta de ser o que se é. Nesse sentido, estruturas existências, modos de existir.

(15:04) Então nós temos um modo de existir no registro da psicose e temos um modo de existir no registro da neurose. Obviamente a neurose é hegemônica, ela domina. “Tudo nosso, nada deles”. Domina a neurose. Quem está no registro da psicose “tome o pão que o diabo amassou com o rabo” porque é “tudo nosso, nada deles”. Quem não está no registro da neurose, está for do registro da neurose; e para quem está fora do registro da neurose coisas muito simples são coisas muito complexas, muito difíceis.

(16:00) Então se nós que estamos no registro da neurose tivermos uma compreensão dessa diferenciação do modo de estruturação psíquico, condicionando a experiência ontológica dos sujeitos, se nós tivermos essa percepção isso vai dar um click na nossa clínica. Nós vamos perceber o jogo de uma forma diferente. Todo sujeito psíquico, no registro da neurose, uma regulação bem estabelecida, mas num registro da neurose que é quase uma desarrumação psíquica, uma neurose que não se sustenta. Ela faz adição, ela busca algo mais, homeostase, desorganização daqui, desorganização dali, homeostase. Mas é um modo de existir. Usar droga é um modo de existir. Quando a droga entra nesse lugar. Usar droga é muito bom. Tomar uma cerveja, tomar café, toma whisky, falei fumar maconha, várias coisas que podem ser para muitas pessoas prazeroso.

(17:38) Se um sujeito ou outro diz assim: “encontrei aqui a salvação da minha lavoura na maconha, na cocaína, no crack, aqui que eu resumo a minha vida”, isso tem a ver com a estrutura existencial desse sujeito; não tem a ver com a maconha ou com o crack, tem a ver com o registro psíquico desse sujeito. Então nós somos cuidadores de registros psíquicos, modos psíquicos, sujeitos psíquicos que cuidam de sujeitos psíquicos. Todo mundo é sujeito psíquico.

(18:21) Nos sobrevivemos a nossas duras penas e outros também sobreviveram as duras penas e damos pulinhos, tentando existir. Não tem ninguém vivo que não esteja fazendo outra coisa que não tentando existir, tentando dar conta da existência. Vamos despatologizar esse negócio. Nós temos só sujeitos tentando dar conta da existência. Agora, esse conhecimento sobre estruturas existências podem ajudar nós que somos sujeitos psíquicos, que estamos tentando dar conta da nossa existência; nos dá uma ferramenta a mais para tentarmos lidar com outros sujeitos psíquicos que estão lutando para sustentar sua existência, com outros recursos diferentes de outros sujeitos psíquicos meros só lutam pela sua existência.

(19:25) Então a teoria para nós é um recurso que nos diferencia. Pensar que o mal estar, no que me interessa, porque o resto não me interessa, no que me interessa o mal estar, ele expressa a dificuldade do sujeito de suportar sua existência, de suportar ser ele mesmo. Isso é o que me interessa. Porque eu olho para o sujeito que me conta uma história cabulosa, mas eu não fico fixado nos detalhes da história, eu olho para o sujeito tentando dar conta da sua existência nesse relato. Esse relato é um ato desse sujeito; é um relato médico, do cuidador, um redutor de danos, um relato é um ato, já é o sujeito querendo criar passagem. Percebe que dessa forma nosso trabalho fica muito mais simples. Nosso trabalho não é uma coisa mágica, o sujeito já é, já quer, está buscando onde pode se apoiar, onde ele pode fazer sentido, para ser o que ele é, para ser o sujeito que ele é.

(21:31) Semana que vem nós vamos conversar sobre casos clínicos, são sessões mais dialéticas, em pensar coisas que estão pegando e depois nós retomamos. Acho que vale a pena passar mais uns dois encontros conversando sobre essa temática do diagnóstico diferencial e dessa

perspectiva da estrutura existencial. Isso faz muita diferença quando a gente cria essa ferramenta, quando a gente começa a surfar de uma forma diferente, a gente vai carregar peso de um surfista. Ferramentas que ajudem a gente a parar que carregar pesa e virar surfista, que é muito mais investigador.

(Comentários)

([23:31](#)) Mas o sujeito que surtou fumando maconha, me interessa muito, porque muitas vezes já foi à maconha na busca de um grupo de sociabilidade mais “relaxado”. Então essa relação entre psicose e maconha é interessante porque as vezes o sujeito tá no registro psicótico, para ele é muito difícil a conexão com o mundo, esse mundo das ordens, das caixinhas, dos rituais que ele não domina, que ele não compreende, que as vezes ele vai procurar a turma da maconha. Ele é psicótico, mas ele gosta da turma da maconha, porque é uma turma mais legal “não faz tanta exigência, não pressiona demais”. Então o ethos, você não vê a história de psicótico fumando maconha sozinho, comprar maconha para ficar sozinho. Um psicótico não fuma maconha sozinho. Quem fuma maconha sozinho é o obsessivo, que não quer ser incomodado por ninguém e quer contar quantos acordes o Pink Floyd faz nessa nota. O sujeito que tem o arranjo psicótico vai na direção da maconha muitas vezes pela sociabilidade da maconha. É uma turma que não é muito exigente com a diferença. É tanta coisa que eu vejo negligenciada na reflexão da maconha e psicose, essa é uma coisa básica que deve ser mais levada em consideração: é uma turma menos exigente, é uma turma mais relaxada, que todo mundo que tá no registro da neurose, mas gosta de ficar doido. O cara que é “doido” fala “essa é minha turma, estou bem entrosado”.

([25:06](#)) Acho que a gente não deveria ser tão leviano com essa história, fala-se como se a gente fosse da Polícia Federal. Tem gente que gosta da Polícia Federal, da tradição “família e propriedade” e fica produzindo racionalização. Eu sempre suspeito dessas pessoas, sempre acho que elas precisam acreditar nisso, elas afirmam com uma paixão. Eu preciso acreditar nessas coisas que estou falando aqui, que falam de possibilidades, falam abertura, falam de plasticidade. Eu preciso acreditar nessa teoria, que sou psicótico, neurótico, eu quero as teorias mais plásticas. Porque na hora que vou clinicar, eu acho que o recurso para a plasticidade me dá muito mais

retorno que o recurso da rigidez.

(26:47) Eu acho que ter uma compreensão mais plástica, nesse sentido, me oferece muito mais recursos para manejar, não o caso, mas manejar a minha relação com o sujeito, não caso da mãe que está vindo aqui dizendo “meu filho recebeu ordem judicial para internar”; mas se eu acho que o caso só se resolve se o sujeito mudar de posição, só me interessa o assunto que sirva para trabalhar na direção da possibilidade do sujeito, na posição subjetiva.

(27:36) Se eu acho que tratamento é isso, é criar oportunidades e possibilidades para que o sujeito desloque-se subjetivamente do insuportável para mais suportável, eu acho que minha tarefa é essa: facilitar que o sujeito saia do mais insuportável para o mais suportável. Uma clínica interessada percebe todos os sintomas e efeitos do insuportável e afirma que o tratamento para isso é sair objetivamente e subjetivamente do insuportável para o mais suportável.

(28:30) E quando o sujeito tiver em uma posição mais suportável, para de produzir sintomatologia. Ele foi produzir sintomatologia porque foi obrigado para produzir o insuportável. Sintomas psiquiátricos são a expressão do insuportável para o sujeito. Se a clínica é uma clínica do sujeito, eu não tenho medo de sintoma. E nem quero fazer decodificação e dizer que sintoma x,y,z quer dizer qualquer coisa, porque sintomas querem dizer para o sujeito; sintomas são recursos pessoais, intransferíveis que o sujeito organiza para dar conta da realidade que tá difícil.

(29:30) Então o sujeito que faz ingestão a uma substância super intensificada, eu olho, para mim está meio resolvido quando olho para ele. Porque a minha pergunta é: “Esse sujeito está tendo necessidade de fazer essa lição dessa forma. Que necessidade é essa? Por quê? Qual a construção subjetiva, qual a construção com o sujeito que o leva a essa condição?”. E é nesse sentido que cada um sabe, ela deve fazer suas escolhas. Eu vou dizer para vocês: excesso de formalização é pura neurose do ponto de vista psíquico; excesso de formalização, excesso de certificação é pura neurose, de pessoas ou de instituições. Quando vê um CAPS preocupado com formalizações, certificações é produção neurótica, da neurose coletiva da

equipe.

(31:16) Nem tenho dúvidas. Vejo como uma patologia comum, coletiva, que tem a ver com isso. Não é o somatório, mas os encaixes psíquicos daquele grupo produz aquele tipo de resposta. A vida não é excessivamente formalizada; a vida não é excessivamente certificada. Se eu vejo isso, eu digo: “isso não parece com a vida, isso é uma produção para se defender da vida, para se proteger da vida. A vida deve estar sendo ameaçadora, a instituição está se defendendo da vida”. A vida são os doidos, os psicóticos, os usuários de drogas. Para se defender dessa coisa a instituição se arma com um arcabouço semântico para blindar o impacto subjetivo que isso causa nas equipes. Então a autopercepção, o autoreconhecimento, a autoconsciência da condição psíquica radical que constitui o sujeito, eu acho que é condição pra gente entrar nesse mundo da clínica mental.

(33:14) Clínica do sujeito. O que constitui sujeito? O sujeito se constitui assim psiquicamente. Não tem sujeito que não seja um arranjo psíquico. A democracia é assim: todo sujeito corresponde um arranjo psíquico. Se está no mundo da humanidade, escrito entre nós, o mundo da humanidade, compartilhando o mundo social que nós fazemos e vivendo juntos, é porque está nos trilhos, no registro do sujeito psíquico, seja sujeito psíquico arraigado na neurose, seja sujeito psíquico na obsessividade, na fobia, ou na histeria, seja sujeito psíquico arranjado no registro da psicose, seja sujeito psíquico arranjado no registro da perversão. Cada um que se identifica com seu arranjo, com essas perspectivas moderadas.