

### **Clínica, com quê? - Da transferência ao vínculo parte III**

Estamos aqui nos seminários “Clínica, com quê?”, perguntando sobre o fazer da clínica ampliada no âmbito da reforma psiquiátrica. E hoje estamos desenvolvendo uma reflexão sobre o tema “da transferência ao vínculo” e as possíveis contribuições para a clínica ampliada. Na semana passada, a gente aproveitou para fazer uma reflexão, acabei situando com três momentos, onde essa reflexão da transferência ao vínculo poderia incidir no processo formativo e no processo do desenvolvimento de uma intervenção orientada a partir desse conhecimento relativo da transferência ao vínculo.

[1:19](#) Talvez num primeiro momento, obviamente, haja a possibilidade que nós possamos ter uma compreensão dos aspectos relacionais que estão envolvidos na clínica, orientados numa compreensão sobre a transferência e sobre o tema do vínculo. E isso tem uma dimensão conceitual, intelectual. Quero dizer: ter conhecimento desses conceitos, ter conhecimento nessa matéria nos traz uma possibilidade de pensar quem somos nós, o que fazemos, o que é que no nosso trabalho pode conduzir. Há um empreendimento bem sucedido, “é uma clínica bem sucedida”; bem sucedida porque conheço uma matéria que é básica para você trabalhar no campo da clínica, que é o tema da transferência. Eu a levo em consideração, conheço e sei da sua história e sei de como esse conceito tem uma potência, e como essa potência, seja na versão original freudiana, descoberta freudiana da transferência, seja nos desdobramentos que recebeu, todos os olhares e, no caso a gente explorou um pouco a questão da perspectiva pichoniana com o tema do vínculo, então esse conhecimento teórico é muito importante.

[3:20](#) Outra coisa é que esse conhecimento teórico tem um condão, que é um condão de fazer efeito sobre o sujeito que conhece esse conhecimento. O que significa incorporar no plano subjetivo, no agente, esse conhecimento? O conceito que usei pra gente falar mais disso foi o conhecimento nessa perspectiva da transferência ao vínculo, que nos traria um alargamento das nossas competências subjetivas. Ou seja, reconhecendo isso, poderia resultar na ampliação da nossa capacidade de suportar, nossa capacidade psíquica de suportar situações, experiências, dimensões que são trazidas para nós, que se não fosse esse conhecimento, nós sairíamos correndo; ou, como eu disse, muitas vezes acontece

dentro dos nossos serviços, as pessoas ficarem blindadas, produzirem uma blindagem para exatamente não serem afetadas.

[5:11](#) Então talvez essa segunda dimensão é de como ser afetado pelo conhecimento intelectual da transferência de forma que te permita suportar os efeitos desse outro que nos chega, sobre a forma da desorganização psíquica, da desorientação, da confusão, do medo, da tristeza, do desespero e de como a gente é capaz (não clinicamente, claro) de suportar essas experiências que nos são trazidas e manter a nossa atitude de escuta, de abertura, de interesse e podermos intervir. E aí a parte que ficou faltando é exatamente “muito bem, conheço disso, esse conhecimento não é meramente intelectual, esse conhecimento que me informa subjetivamente, me transforma subjetivamente, esse conhecimento não é um conhecimento que dá para conhecer só intelectualmente, esse conhecimento me transforma”.

Eu sempre digo que *conhecer* (eu não compreendo a expressão conhecer de outra forma que não seja essa). O conhecimento é aquele saber que me transforma e eu não posso mais ser o que eu era antes, depois de acessar esse saber, eu conheço e porque eu conheço não posso ser mais o que era antes. Me transformo por efeito. Acho que a transferência tem essa dimensão, é um conhecimento que quando você o acede, não como teoria, mas quando você acede há uma compreensão sobre o significado da transferência, você passa ser capaz de suportar e de viver coisas que os mortais comuns que não conhecem não são capazes.

[7:58](#) Esse é o caráter revolucionário da noção de transferência: transferência é o que produz uma transformação no sujeito que conhece a matéria de tal modo que amplia suas possibilidades de experimentar sua situação numa relação terapêutica. Terapêutica porque supõe o outro que está vindo, não é um outro qualquer que você encontrou na esquina, que está batendo um papo, que flerto, não! É um outro que está vindo porque está marcado por um sofrimento, pela dor e está vindo com expectativa que você seja o sujeito que possa interferir nisso. Então se esses elementos todos já estão presentes, fica inevitável o “e aí, o que eu faço? Isso resulta em que?”. Acho que deveria começar por essa ideia que resulta em algo que não é pouco, que é a ideia de suportar. Eu acho que os desencontros, a forma apressada como os serviços banalizam os encontros, as presenças, eu acho que isso tudo fala de um serviço (como disse da outra vez) que se defende, que se

protege, um serviço que não está preparado para receber dimensões de dor, de sofrimento, de desorganização, e como não está preparado ele se defende, se protege, se blinda, para que isso não o afete.

[9:54](#) Também lembrei da nossa última conversa, de que existe uma lenda no campo da cultura psicológica, médica, psiquiátrica que é a ideia que vem da ciência, da neutralidade axiológica, que é uma posição neutra do cientista. Um positivismo lógico: suponha que o cientista seja alguém neutro para ter uma independência frente ao que está acontecendo. Então se no positivismo já ficou evidente que a neutralidade axiológica é impossível, pois de alguma forma o cientista será afetado pelo fenômeno que ele investiga, quer dizer, não tem jeito de se manter inatingível porque o fenômeno vai afetar o cientista; no nosso caso a ideia de que um terapeuta, um cuidador, alguém que trabalha com pessoas de forte desorganização psíquica vai se manter neutro, é uma posição que não tem o menor cabimento, não tem o menor sentido, não tem lógica. Entretanto, você já deve ter ouvido falar disso, as pessoas se referindo assim, como desejável, que os trabalhadores possam não ser afetados pelas coisas que eles entram em contato, o ideal de assepsia do trabalhador mental de que eles sejam uma espécie de um ser diferente, todo poderoso, ser superior, que se afeta, no sentido às vezes querendo dizer que não se abala: “O mundo está caindo, desabando e ele se mantém numa espécie de uma posição inatingível, inafetável por tudo que está acontecendo”.

[12:30](#) E é curioso porque essa ilusão é a ilusão que informa a cabeça, informa muitas pessoas que trabalham na saúde mental como um ideal desejado, que você possa ser alguém inatingível, inafetável pelas coisas que pessoas te falam, as coisas que você entra em contato, e você não se afeta. É interessante porque as pessoas fazem esforço para não se afetar. Isso é interessante porque o Freud nunca falou de neutralidade, Freud falou que abstinência. Falou que a gente tem que se abster de reagir. Esse é um tema importante. Não é porque você não sente; você sente, você percebe, você é impactado e se você está em dia com seu dever de casa para consigo mesmo, você será mais capaz de abster-se de produzir sintomaticamente uma reação defensiva frente ao que está te afetando.

14:20 Então se a gente percebe que os nossos serviços são marcados fortemente - estou falando da realidade de Salvador, mas poderia dizer que outros estados, cidades, serviços que conheço pelo Brasil a fora - que é impressionante como as vezes a gente tem que ser muito educado: está fazendo uma visita, está

conversando com uma equipe que te convidou gentilmente para poder dialogar, tem que se abster também na conversa, de reagir, mas não deixa de registrar que as pessoas, os serviços, ficam marcados por produções reativas. Então boa parte do que se chama “o cotidiano” dos serviços de saúde mental, dos comportamentos que se presentificam nos nossos serviços - eu estou falando desde os níveis mais altos das esferas administrativas, coordenações, gestões, chefias dos serviços, técnicos de saúde mental, profissionais que atendem a equipe, funcionários, auxiliares, da administração de cotidiano, de que há uma intensa produção de reação.

[16:27](#) Então eu diria que os nossos serviços já tem uma tarefa muito difícil que é atender pessoas muito desorganizadas psiquicamente. Agora se essa tarefa, que já é difícil, for executada num plano reativo, vai num desencontro muito grande. Então hoje eu acho que nossos serviços são espaços de grandes desencontros clínicos, porque não pode dar num encontro clínico isso, não pode ser compatível com encontro clínico sujeitos defendidos, produzindo sintomaticamente respostas frente ao comportamento que produz o sujeito desorganizado que nos busca, tentando enquadrar esse sujeito produzindo uma normatividade que não seja ameaçadora dos psiquismos que estão entrando em contato com ele.

Então achei na verdade um efeito de uma série de atitudes, posturas, encaminhamentos e condutas, que são normalizadoras, que são a tentativa de produzir um enquadramento desses sujeitos de alguma ordem disciplinar, isso é o desencontro clínico. Desencontro clínico ocorre quando os sujeitos que fazem parte da equipe não estão preparados intelectualmente e psiquicamente para receberem as pessoas desorganizadas que chegam, porque se elas tivessem preparadas intelectualmente e se elas tivessem preparadas subjetivamente certamente a clínica teria uma chance, a clínica poderia acontecer, encontros clínicos poderiam acontecer.

[19:11](#) Eu também não acho que é o tempo todo só desencontro não. Não acho que seja só isso, não acho que é em todo lugar que é assim, o tempo todo. Mas acho que é muito mais do que deveria e seria aceitável que seja. Isso deveria ser uma excepcionalidade, deveria ser excepcional que você tivesse desencontros, porque eles também se produzem, mas você deveria ter equipes preparadas para serem catalisadoras dos bons encontros clínicos. Porque bons encontros clínicos não acontecem aleatoriamente, porque nós somos clínicos e o desejável de nós é que sejamos produtores de bons encontros clínicos. O condão do nosso trabalho é

produzir bons encontros clínicos, é produzir uma intervenção, interferência perita, como eu sempre estou fazendo, por isso estou aqui nesse lugar, por isso fui contratado, por isso trabalho no CAPS, por isso trabalho na residência, por isso trabalho com pessoas que usam drogas, por isso trabalho com desorganizados psiquicamente: porque esse é o meu trabalho, fui contratado para isso, porque sou habilitado e a minha habilitação supõe que eu seja capaz de produzir através de um enquadramento institucional, através de um modo de proceder institucional, relacional da equipe, onde isso seja a maior parte da produção.

Os encontros clínicos, os bons encontros clínicos, deveriam fazer parte da história cotidiana. Não estou querendo dizer que bons encontros clínicos sejam sinônimo de “cessarão os desafios”, mas nós somos pessoas que estamos preparadas para sermos desafiadas. Somos aqueles que nos preparamos para serem desafiados. Ninguém está pensando que pode ter um caso de alguém que se desorganizou psiquicamente, alguém que não dá conta de si, alguém que não está operando satisfatoriamente para si e para os outros nas suas atuações, nas relações, na sociedade e tal. Ninguém pode dizer que lidar com quem vem com essa característica seja fácil, simples, tranquilo; são cargas de dor e sofrimento, são cargas as vezes de violência, onde falta a palavra, onde a palavra não é possível, o ato da violência.

[23:10](#) São histórias dramáticas, onde a humanidade é espremida ao longo de anos, que produz e produziram aqueles sujeitos que estão a nossa frente. Aí o sujeito vem para o serviço, ele deveria encontrar não almas abnegadas, não pessoas generosas, que fazem tudo por amor, que tem muito amor para dar e desde criancinha sonhava que queria ajudar as pessoas, e acha que fazer esse trabalho está ajudando a serem pessoas melhores e fazendo bem pra sociedade. Quer dizer, falo dessas coisas ironicamente, mas é porque é isso que leva um sujeito que se blinda o tempo todo pra evitar entrar em contato com essa ordem de sofrimento e de desorganização que chega pra ele; se ele se blinda tem que montar uma historinha convincente de que aquilo que está fazendo ao se blindar é um modo de salvar a alma das pessoas ou tratar, e o melhor que está fazendo é isso, evitar esse incômodo.

24:51 Então em equipe isso se torna um assunto mais complexo, isso significaria que essa conversa que estou tendo com vocês deveria ser possível de ser uma conversa entre as pessoas que fazem parte da equipe, é nesse tom

coloquial de falar “ai gente, com o que a gente trabalha mesmo? como é pra você, o que você sente? o que significa receber uma pessoa tão desorganizada?”. Mas isso também é silenciado porque ninguém quer passar um atestado de “não sei muito bem, estou defendido, estou me protegendo, é extremamente ansiogênico pra mim trabalhar no lugar que trabalho e é muito ansiogênico suportar esse trabalho que faço”. A saída seria você admitir “é ansiogênico pra mim, e o que eu faço?”. Aí a gente vem conversar no “Clínica, com quê” sobre essa ansiedade, como é essa sua ansiedade, como isso tem sido no seu trabalho, a gente poderia encontrar um ponto ou começar a dizer “olha, vamos conversar sobre o tema da relação”, porque se relação com as pessoas é algo tão misterioso, relação com uma pessoa desorganizada psicologicamente não é pra qualquer um, “quem não tem competência que não se estabeleça”. Relação com alguém muito desorganizado não é fácil, não é simples, por isso as pessoas expulsam das trocas sociais as pessoas que estão muito desorganizadas; as pessoas que são desorganizadas, a gente fala da exclusão do louco, que “o louco é excluído”, é porque o louco não é uma pessoa fácil, é uma pessoa difícil de se conviver.

[27:17](#) O Sartre dizia “O inferno são os outros”; o problema é que se não tivesse a humanidade seria muito mais fácil a nossa vida. Mas dentro da humanidade tem uma pequena parcela que é uma parcela que se desorganiza, e essa parcela que se desorganiza a ela corresponde uma outra parcela pequena da humanidade que diz que a gente que vai cuidar de gente que se desorganiza porque a humanidade toda nem está querendo muito trelelê com essa gente que se desorganiza, nem se dispõe a ficar fazendo isso também. Aí tem uma outra parcela que diz “eu vou ser um trabalhador de saúde mental, vou trabalhar com isso, vou trabalhar com gente que se desorganiza psicologicamente”. Essa parte que se desorganiza (acho que precisamos ser mais solidários entre nós), precisamos reconhecer que trabalhamos em coisas muito difíceis. Não é fácil, como retórica, não é fácil porque demanda subjetivamente, porque demanda qualquer ser humano subjetivamente estabelecer relações intensificadas, regulares, cotidianas com pessoas que são desorganizadas. E demanda de nós, nós precisamos adquirir as ferramentas para poder fazer face a essa demanda, que é a discussão que estava fazendo sobre o preparo com a coisa mental. O que significa estar preparado?

[29:28](#) Então nesse caminho do “Clínica, com quê?” nós estamos tomando o tema da relação e vamos começar do começo. A relação é o começo. Precisamos

colocar na agenda que não existe clínica fora da relação; se a relação é o tema, então nós precisamos ver qual a ferramenta que existe para que alguém possa estar posto nessa situação relacional de um modo diferente da maior parte das pessoas, que a gente possa ser diferente da humanidade. “O que me constitui?”, “O que tenho de diferente?”

O que tenho de diferente é um preparo para trabalhar com pessoas desorganizadas. Esse preparo é que eu tenho um conhecimento intelectual e tenho um efeito desse conhecimento intelectual subjetivante que envolve obviamente uma investigação sobre mim mesmo. O preparo também é um preparo subjetivo, não é só um preparo objetivo intelectual, mas um preparo subjetivo também.

### 30:37 Comentários

[31:08](#) Para efeito didático, fica parecendo que, de fato, quando estou falando assim, que essas pessoas só são desorganização; elas não são só desorganização, elas se reorganizam e inclusive essas, e talvez eu esteja sendo amplo do momento em que elas demandam o serviço. Elas demandam um serviço e a expectativa é que se possa produzir condução desse serviço que as leve, que crie possibilidade, que potencialize, que elas possam encontrar uma direção de organização. O que nós estamos conversando é que nem sempre o caminho tem sido possibilitado; o caminho de organização do próprio serviço não facilita. Então você fica com pessoas gravemente sintomáticas frequentando o serviço e às vezes reiterando os disparadores sintomáticos que faz com que essa pessoa se comporte. Mas acho que mais grave que isso é a verdade de que, às vezes, não se propicia nesses serviços os caminhos de produção de outras significações que as tirem das garras desse serviço e promova efetivamente a desidentificação dessas pessoas como loucos ou como doentes mentais, portadores de transtornos.

Então é grave isso. É grave porque nós, muitas vezes com esses manejos empiristas e sem orientação, nós fazemos a reiteração de identidade patológica. Os nossos serviços não conseguem muitas vezes evoluir disso, da reiteração de identidade patológica, do asseguramento de que eu tenho diante de mim um portador de transtorno mental e de que esse portador de transtorno mental ele “é”. Então significa que a sua exteriorização será sempre do tipo problemática, confusa,

desorganizada, não há expectativa positiva de que esse sujeito tem um devir que seja um devir de ultrapassagem, de superação ou de reconstrução.

#### 34:26 Comentários

[34:51](#) Então é impressionante porque é um tipo de heterogenia mais sofisticada, que não é igual a heterogenia do hospício que é fácil identificar e denunciar, apontar o dedo pra ela. É uma heterogenia mais sofisticada. Eu me referi da vez passada que não existe um registro ainda interessante sobre o uso de medicação continuada por psicofármacos por décadas. Duas, três décadas afins, sem qualquer avaliação farmacológica do comportamento desses compostos, dos seus efeitos no organismo das pessoas. Esse aí é mais grave porque é a conduta dos nossos serviços. Eu posso ter um CAPS que está repetindo a receita como se o psicofármaco fosse um garantidor de que esse sujeito se mantivesse num registro sintomático de tolerância social, num registro sintomático rebaixado e tolerável socialmente.

Então são os nossos serviços, são os nossos CAPS, são os CAPS da reforma psiquiátrica que são acrílicos em relação a esse tema. Agora o tema da formação é um pouco armadilha porque tem a ver com as nossas escolhas, escolhas históricas. E uma vez eu comentei aqui que a escolha histórica entre o conceito de apoio psicossocial e atenção psicossocial, essa escolha que foi feita lá nos cinco primeiros anos da reforma que consolidou o conceito da atenção psicossocial, significou um tipo de pactuação com uma certa ordem medicalizante dos nossos centros de atenção psicossocial, numa perspectiva assistencial, numa perspectiva medicalizante. Quer dizer assim: rompemos, “pero no mucho”; quer dizer: nos mantivemos numa ruptura.

Porque o apoio psicossocial seria um componente que exigiria exatamente mais de nós do ponto de vista de uma clínica relacional, uma clínica posta à dinâmica relacional, onde o apoio psicossocial supõe o protagonismo psíquico dos sujeitos em sofrimento. Não descola o protagonismo do sujeito em sofrimento para o trabalhador miraculoso, milagroso, que vai acertar na mão a medicação e ele vai a partir daí emitir sintomaticamente e produzir uma ordem de estabilização sintomática. Essa ideia de atenção psicossocial foi capturada completamente. A ideia do apoio psicossocial é que nos colocaria num outro circuito, e esse tema da



transferência da relação, do vínculo, ganharia num outro realce um outro holofote; seria a matéria por excelência na reforma psiquiátrica. Nesse sentido não é a formação, é que a matéria da formação não foi reconhecida como uma matéria fundamental, porque de alguma forma nossos serviços são serviços fortemente inscritos numa ordem medicalizante.

[39:52](#) Quer dizer, rompemos com hospício mas não rompemos com uma ordem medicalizante. “A medicina levou a melhor” e eu não estou dizendo que a psicologia deveria ter levado a melhor, ou a psicanálise, porque eu acho que o saber da psicologia e da psicanálise em relação a loucura foram sempre subsidiários da ordem médica, sempre estiveram ali (ainda que a psicanálise se reivindicue de uma ruptura, de uma diferença) subservientes à uma ordem medicalizante. Eu acho que os saberes que nós poderíamos convocar seriam esses, essa interrogação sobre a ordem inventiva da construção relacional. As arquiteturas que teríamos que aprender a desenvolver seriam arquiteturas possibilitadoras de arranjos humanos onde novas ordens surgissem para os sujeitos.

“Você não tem mãe que está querendo cuidar de você? Eu junto você com o outro que também não tem e a gente compõe uma coisa e cria uma situação interessante porque você e a outra pessoa tem algo em comum”. É engraçado que no subproduto do nosso trabalho (subproduto porque o nosso trabalho não é pra isso) nós temos assim vários relacionamentos, casamentos entre usuários, relacionamentos de filia, de amizade, de encontro, de suporte e de apoio entre usuários. É quase que uma espécie de efeito secundário, não é o que o serviço busca, mas às vezes o cara vai no CAPS, e arranja amigos no CAPS e o CAPS acha que está fazendo grande trabalho. E o CAPS não percebe que a única coisa que ele fez foi criar possibilidade concreta, por ser um espaço marcado pelo significante de liberdade, tratamento e liberdade, reforma psiquiátrica, contra o preconceito com o louco. Esses significantes que marcam o CAPS, o torna um meio social possibilitador de encontros. E às vezes os encontros dos usuários com os usuários do cotidiano é que são grandes elementos estabilizadores. Não é um técnico da oficina mandando fazer isso, ou criando; é porque tem alguém que está coordenando o momento, manejando as mediações talvez, e que tornam possível que pessoas que tem muita dificuldade de conviver estejam em convivência entre si.

[43:19](#) Então fala assim “o potencial...”, e aí eu não quero propor uma instrumentalização de usuário e isso é legal pra você perceber a riqueza dos encontros humanos, produzindo interações mediadas. É isso, precisa um pouco de mediação, mas o apoio psicossocial nos coloca no lugar do mediador, a grande função, a grande competência, não seria responder (pensando naqueles casos que comentamos aqui); não é responder perante a família pela normalização. Porque acaba sendo isso, acaba sendo o grande objetivo que nós estabilizemos o sujeito e prestemos contas socialmente e respondamos às suas famílias e “veja só, agora ele está estabilizado”, significa que está usando um esquema de medicação muitas vezes muito inibitório e isso produz sociabilidade meio “mais ou menos”, que é vista como “pelo menos ele não está agitado, delirando, gritando e criando confusão”.

Então a sua pergunta desencadeou essa reflexão porque “é formação?” Eu não sei se é a formação. Pra que? Eu acho que as pessoas que vão trabalhar nos CAPS acham que elas são profissionais de saúde mental e tem que fazer coisas pras pessoas, e essas coisas que elas fazem com as pessoas é que vão produzir mudanças nas pessoas. No fundo, no fundo, continua centrado no sujeito o patológico, a doença e é uma coisa que você vai fazer no sujeito e vai produzir a transformação.

[45:35](#) A perspectiva relacional diz assim: “olha, o sujeitos psíquicos desorganizados já estão no mais grave que eles poderiam chegar, eles estão muito desorganizados, delirantes, não estão senão manifestando o desespero por não conseguir fazer parte, por não conseguir contactar”. Assim como as pessoas que estão usando drogas muito compulsivamente, não dizem a mim senão que elas estão desesperadas tentando produzir alguma ordem de suportabilidade psíquica de suas vidas. Assim como uma pessoa que chega francamente desorganizada, desesperada no nosso serviço, é um grito de socorro “Ser eu é muito insuportável, minha vida está muito insuportável”. Para além de todos os diagnósticos sintomáticos é preciso ver na desorganização psíquica um grito desesperado de impossibilidade de ser.

Por isso muitas vezes me referi à algo que, se vocês forem localizar, a fenomenologia existencial que por exemplo ilustra o que está presente em grande parte dos trabalhos, hoje não se fala mais nisso, a literatura que sumiu completamente. Ia me referir a uma aplicação dela que é a obra do Ronald Laing, a

obra do David Cooper. “Não é matéria”, as pessoas não acham que ali possa ter nada interessante que possa ser útil para reflexão sobre a loucura.

#### Comentários

[48:17](#) Eu acho que tem a ver com a história da antipsiquiatria; a antipsiquiatria produziu limitações. Nós tivemos um debate em São Paulo no “Congresso Brasileiro de Ciência e Profissão” e num dos debates era isso: existe um movimento contra a medicalização da existência. Estava dizendo que o movimento contra a medicalização da existência está para a antipsiquiatria como o movimento antimanicomial está para o movimento da despatologização da existência. O movimento contra a medicalização ainda está carregado com a sinonímia de que o problema é a medicina. Assim como nós, a psiquiatria, o movimento da antipsiquiatria compreendeu que o problema era psiquiatria.

[50:18](#) Na verdade é um conceito no qual a medicina instrumentaliza com psiquiatria e com medicalização, com TDAH, com prescrição de ritalina, é uma forma. Mas o que está por detrás é a perspectiva da patologização, a perspectiva de olhar como doença. Então, de alguma forma, eu poderia dizer que eu estou pouco identificado com esse movimento contra a medicalização porque me sinto pouco identificado com o movimento da antipsiquiatria. Mas eu reconheço que o movimento da antipsiquiatria foi muito importante porque produziu um tipo de pensamento que a gente deveria resgatar, porque acho que uma clínica que queira ser exatamente colocada numa perspectiva desinstitucionalizada, encontraria nessa produção antipsiquiátrica. Por acaso eu citei Ronald, Cooper porque pra eles o conceito de experiência e o conceito de ontologia eram dois conceitos fundamentais que movimentaram muito mais o trabalho deles do que o conceito de psicose.

Por exemplo, desde psiquiatria, o conceito de estruturas existenciais, desde uma perspectiva lacaniana. Ainda acho que o conceito de estrutura existencial está mais próximo de um diálogo com o conceito que leva em conta a ontologia, que leva em conta a questão do sujeito suportar ser no mundo, como a questão central de todos os sujeitos, suportar ser no mundo, o constrangimento, que é a linha do Ronald Laing pegava.