

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

A EXTERIORIDADE DA CLÍNICA

**Pontifícia Universidade Católica
de São Paulo**

**Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde
Curso de Psicologia**

Julia de Araujo Magalhães

São Paulo

2010

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

como exigência parcial para a graduação no curso de Psicologia, sob orientação
da Profª Drª **Ida Kublikowski**

A EXTERIORIDADE DA CLÍNICA

Pontifícia Universidade Católica

de São Paulo

Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde

Curso de Psicologia

Julia de Araujo Magalhães

Orientação de Ida Kublikowski

São Paulo

2010

A Camillo, Martim, Manuela e Valentina

AGRADECIMENTOS

A Ida, que traçou comigo o caminho desse trabalho, me auxiliando nos momentos difíceis e me orientando nos momentos confusos.

A Cris, que não por acaso escolhi para ser minha parecerista, mas porque sua presença influenciou muito meu caminho pela psicologia.

À minha mãe, pela ajuda teórica e afetiva que sempre me ofereceu.

Ao meu pai, fonte de conforto e segurança, sempre.

Ao Duto, que também muito me ensinou e segurou.

A minha família, pelos encontros e rupturas, pelos apoios e pelas diferenças, pelo acolhimento que, cada um ao seu modo, pôde me dar. A minha tia, por ter estado lá. A minha vó, exemplo de força e de mulher. A minha outra vó, referência de estabilidade, que me incentivou e acreditou em mim como psicóloga. A minha terceira vó, por me receber e continuar me recebendo como neta. Aos meus três avôs, aos meus tios e primos, pelos ensinamentos, pelas histórias, piadas e risadas.

À minha madrinha Rivy, que tem o coração sempre perto e uma energia sempre boa.

Ao Tio Marco, que me ilumina, com suas falas, sua escuta e com o tai-chi.

Ao Cris, por me descabelar, com questionamentos, conversas e discussões, e por me surpreender, com carinhos, apoios e elogios, que vão ampliando e fortalecendo meus argumentos; e também pelos outros tantos momentos que vivemos, e que ainda viveremos, juntos.

Aos meus professores e outros mestres, que me acompanharam na construção pessoal e apropriação dos conhecimentos da psicologia ou me ajudaram diretamente na realização desse trabalho.

Aos meus colegas do curso de psicologia e de Acompanhamento Terapêutico, com quem compartilhei angústias e descobertas do trabalho, da área e do mundo.

Aos outros amigos, com quem compartilhei angústias e descobertas da vida.

À Márcia, que me desafiou, me desestabilizou e me recriou.

Aos meus irmãos, pelo amor e por despertarem em mim e me devolverem a lembrança da beleza e grandeza que só a infância tem.

Magalhães, Julia de Araujo. A Exterioridade da clínica.

Orientador: Profa. Dra. Ida Kublikowski.

Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde. Curso de Psicologia.

PUC-SP.

2010

RESUMO

No presente trabalho, a psicologia clínica foi abordada da perspectiva foucaultiana por meio de uma compreensão crítica desta prática. A reflexão foi direcionada à apresentação e análise de novas propostas, com outras possibilidades de atuação para o psicólogo, que se distanciam do modelo tradicional individual do consultório. O Acompanhamento Terapêutico e os Dispositivos da Clínica Grupal foram utilizados para ilustrar esse fazer. Olhando para os diferenciais que se colocam, caminhou-se no sentido de evidenciar o fato de que essas práticas, cada uma a sua maneira, trazem possíveis respostas às críticas levantadas, pois, ao invés de promover processos massificantes de subjetividades, essas práticas valorizam novos e outros modos de subjetivação. O título desse trabalho surgiu inspirado no conceito de fora de Foucault, sugerindo que essas outras formas de práticas clínicas, estão inscritas para além das fronteiras de um modelo clínico tradicional. Ou seja, surgiram na borda e no contato com o fora, quando aquele modelo já não dava conta das necessidades que se apresentavam, gerando uma desestabilização da própria clínica pela quebra de seus contornos e enquadres costumeiros. Atravessamentos e forças do fora retiraram a prática clínica de um lugar instituído e abriram espaço para a desterritorialização. A partir disso surge a possibilidade de se construir outros dentro, outras formas, não necessariamente para serem formas fixas e rígidas como as anteriores, mas que permitem que se transite entre elas. É importante evidenciar que apesar de tais práticas serem, muitas vezes, feitas do lado de fora do consultório e das instituições hospitalares, chegou-se a conclusão de que a exterioridade da clínica não representa uma questão de espaço, mas um ir além das forças instituídas desse fazer. Isso quer dizer que aqui se fala de uma abertura para deixar que o fora entre nas instituições, dando espaço a práticas que têm por horizonte a subjetividade constituída num sentido ético.

PALAVRAS-CHAVE: clínica, fora, acompanhamento terapêutico, grupos, terapia comunitária.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....p. 7
2. A CLÍNICA DO FORA.....p. 17
3. ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO.....p. 27
4. CLÍNICA GRUPAL.....p. 34
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....p. 56
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....p. 61

INTRODUÇÃO

Neste trabalho foi abordado o tema da psicologia clínica com uma compreensão crítica de sua prática, baseada nas ideias de Foucault. Essa reflexão não estará direcionada a um julgamento negativo de determinadas atuações, mas à apresentação e análise de novas propostas, com possibilidades de atuação que se distanciam do modelo tradicional individual do consultório, trazendo o paradigma pós-moderno para as práticas clínicas.

Clínicas “peripatéticas” (Lancetti, 2009, p. 7), em movimento, praticadas fora dos settings tradicionais, como hospitais psiquiátricos e consultórios, com a ideia não de adaptar pessoas a protocolos convencionais, mas pretendendo expressar o bom combate, a resistência, a persistência e a afirmação de atores de diversos campos, que buscam produzir e pensar uma subjetividade livre. Para tanto, focaremos a prática do Acompanhamento Terapêutico e os trabalhos com grupos, para exemplificar as propostas que ampliam o olhar clínico.

Essa ideia surgiu a partir dos afetamentos provocados pelo curso do qual participei de Acompanhamento Terapêutico e pela atividade clínica praticada nesses moldes, assim como por estágios curriculares realizados com participação e coordenação de grupos, que me aproximou da experiência da Terapia Comunitária, e do psicodrama, e por estudos teóricos sobre grupos. Acontecimentos esses que me fizeram pensar na psicologia e seus rumos contemporâneos em direção a uma ampliação da prática clínica e à existência de caminhos alternativos, que incluem uma postura política e uma proposta de transformação social.

Figueiredo (1995) levanta um modo interessante de entender a clínica no contexto atual, que contribui para o desenvolvimento desse pensamento. Considera que a tarefa que a configuração cultural contemporânea impõe às clínicas psicológicas é a “escuta dos excluídos”, sugerindo a utilização desse instrumento a serviço de uma compreensão mais aprofundada dos fenômenos

existentes. Segundo ele, o método clínico deve proporcionar a escuta do conteúdo interditado e “a sustentação das tensões e dos conflitos” (Figueiredo, 1995, p. 40), propondo também, além dessa forma de compreender o momento atual, uma intervenção comprometida com esses posicionamentos. Diferente de uma postura para aquietar sofrimentos, seria um espaço que pudesse acolhê-los como resultantes de uma situação e de um processo muitas vezes angustiante, assim como um investimento em dar voz a eles, no intuito de possibilitar mudanças e a construção de outros mundos. Ele propõe que o psicólogo clínico seja entendido não apenas como um dispositivo terapêutico, mas como um dispositivo histórico. “Talvez o clínico seja a escuta de que o nosso tempo precisa para ouvir a si mesmo naquilo em que lhe faltam palavras.” (idem, p. 40).

Tadesco e Nascimento (2009, p. 10) afirmam que a clínica não se reduz à prática tradicional de consultório, “apoiada em enquadramentos rigidamente construídos e que têm como pressupostos padrões de normalidades ou mesmo de estruturas psíquicas universais”. Nesse sentido, afirmam que o objeto da clínica não se restringe à realidade intrapsíquica, ao domínio das experiências interiores de um sujeito, fixo, regulado por princípios universais. As autoras sugerem que “o termo clínica se amplia para o exercício de práticas que fomentem atos de variação próprios dos processos de subjetivação: clínica como desvio, clínica como criação de novos modos de vida.”

Como consideramos que as práticas citadas anteriormente possuem diferenciais que facilitam esse uso do clinicar, a reflexão que proponho é a de que essas práticas, cada uma a sua maneira, se diferenciam da clínica, enquanto instituição de manutenção das relações de poder, ou seja, como instrumento de poder e de exercício da disciplina, pois estão comprometidas com outro posicionamento político.

Da perspectiva de Foucault (1982, p. 79-80), “a medicina moderna é uma medicina social que tem por *background* uma certa tecnologia do corpo social; (...) a medicina é uma prática social que somente em um de seus aspectos é individualista e valoriza as relações médico-doente.”. O controle da sociedade sobre os indivíduos, não é somente ideológico, nem opera apenas

na consciência, mas começa no corpo, com o corpo, enquanto força de produção e força de trabalho. “Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política”.

Isso quer dizer que, a partir do momento em que a população se beneficia de um sistema de assistência e saúde, deve, por isso mesmo, se submeter a vários procedimentos médicos que se revelam como vigilância e controle. Foucault (1982, p. 96) fala de “reivindicar o direito das pessoas não passarem pela medicina oficial, o direito sobre o seu próprio corpo, o direito de viver, de estar doente, de se curar e morrer como quiserem”.

Nesse sentido, entendo que estas práticas integram à escuta clínica, uma dimensão política e social. E têm potência para promover novos modos de subjetivação na sociedade capitalista, que dita condutas e comportamentos, provocando a normatização.

Ainda segundo Tadesco e Nascimento (2009), a clínica pode modificar sua atuação sobre a vida íntima, para funcionar como um dispositivo de escape ao mundo interior.

“A clínica, portanto, surgindo como ferramenta de ida ao limite, à fronteira, à borda; de desconstrução do sujeito; de fuga ao exterior das formas fechadas; de resistência aos modos imperiais de subjetivação; de detecção de linhas desviantes dos contornos aparentemente estáveis, germes de novos modos de ser, de novos mundos em construção e de abertura para novas possibilidades e formas de ser. Trata-se de um plano coletivo de criação de si e de novas realidades.” (Tadesco e Nascimento, 2009, p. 10)

No presente trabalho, denominei tais formas de pensar a clínica como “Clínica do Fora”, não a entendendo como uma clínica que trabalha o fora, mesmo porque isso não faria sentido; mas, pensando uma prática clínica que extrapola a fronteira instituída e estabelecida pelas práticas clínicas tradicionais, pois surge a partir do contato com esse fora, ou seja, está no fora, num dentro que se constroi a partir do fora.

O Acompanhamento Terapêutico traz concepções diferenciadas do tratamento da loucura, como produto da Reforma Psiquiátrica, entendida como um “processo social complexo, caracterizado por uma ruptura dos fundamentos epistemológicos do saber psiquiátrico, pela produção de saberes e fazeres que se concretizam na criação de novas instituições e modalidades de cuidado e atenção ao sofrimento psíquico e que buscam construir um novo lugar social para a loucura” (Yasui, 2010, p. 27). No Brasil, segundo Yasui (idem) esse processo situa-se num contexto histórico e político de movimentos sociais e da redemocratização do país, na segunda metade de 1970.

Birman (2000) apresenta um conceito trazido por Foucault de técnicas de si, que se refere às técnicas de produção de si mesmo, de produção de subjetividade. Ele afirma que as técnicas de tratamento psíquico deveriam ser pensadas como decorrentes dessas tecnologias. Ao meu ver, a clínica grupal, por sua vez, e especialmente a terapia comunitária, podem ser entendidas como um dispositivo de investir e incentivar as tecnologias de produção de si, já que é um espaço que promove trocas entre os sujeitos de um determinado grupo, com questões em comum.

Ambas as práticas surgiram num contexto que, segundo Lax (1995), tem sofrido cada vez mais mudanças significativas pela crescente influência do pensamento pós-moderno, que contesta muitas ideias até então aceitas em relação à teoria e à prática psicoterápica, mesmo que, segundo Gergen (1995, p. 204), ainda haja resquícios de um momento anterior, referindo-se à forte presença das teorias mais tradicionais. Em suas palavras, “o campo da saúde mental de hoje é, em grande parte, um produto do contexto modernista, e compartilha de suas premissas” e propõe que continuemos essa discussão a fim de realizar plenamente o potencial do pós-modernismo.

Na Terapia Comunitária, assim como em “toda prática da terapia pós-moderna, a pessoa do terapeuta está implicada no processo que está conduzindo. Assim, cada pessoa, participante da Terapia Comunitária se coloca como especialista na suas histórias de dor e de superação e resiliência.” (Grandesso, apud Luisi, 2006, p. 90)

Gergen (1995) explicita as diferenças entre os pensamentos moderno e pós-moderno. Afirma que a ciência moderna buscava o conhecimento das essências e tentava explicar porque as coisas são como são através de relações de causa e efeito. Assim, atribui-se ao comportamento desviante uma patologia mental, sendo a tarefa do profissional da saúde mental identificar e tratar tal transtorno. Gergen também afirma que a teoria psicológica desse período tem um discurso a priori científico e rígido, que molda a narrativa do paciente. Essa concepção provoca uma relação entre terapeuta e paciente desequilibrada e autoritária, em que o paciente está numa posição hierarquicamente inferior e o terapeuta aparece como sábio e todo-poderoso, sem dúvidas, fraquezas e falhas.

Caracterizando a relação entre saber e poder, Foucault (1982) afirma que do exercício da autoridade do seu saber, provém o domínio de poder do médico. O autor coloca, nesta obra, a psiquiatria como um saber que, por estar ligado a diversas instituições, tem relações mais nítidas com as estruturas políticas e econômicas da sociedade, o que evidencia o entrelaçamento dos efeitos de poder e de saber.

Porém, sobre o poder, Foucault (1982, p. 8) afirma que se fosse apenas repressivo, ele não teria eficácia. Ele fala de uma relação entre saber e poder de mútua implicação; em suas palavras, “o que faz com que o poder se mantenha e que seja aceito é simplesmente que não pesa só como uma força que diz não, mas que de fato ele permeia, produz coisas, induz ao prazer, forma saber, produz discurso.”

Já o pensamento pós-moderno, voltando a Gergen (1995), direciona sua atenção às representações, ou seja, aos meios pelos quais a realidade é apresentada, como a escrita, artes, televisão. Quando comenta as alterações que isso provoca na orientação da terapia, diz que essa forma de pensar “remove a justificativa factual das narrativas modernistas da patologia e da cura, transformando estas versões em formas de mitologia cultural.” (Gergen, 1995, p. 210) Assim como, “mina o status inquestionável do terapeuta como autoridade científica, detentor de um conhecimento privilegiado da causa e da

cura.” (idem, p. 210). O encontro terapêutico, torna-se, então, um meio para a geração criativa de sentido.

Nessa perspectiva, procuro, a partir do lugar e da forma como tais práticas acontecem e dos objetivos que carregam, definir o diferencial que se apresenta, tanto de compreensão dos sujeitos, quanto de intervenção na realidade, buscando relacioná-las às questões levantadas.

Pretendo, com isso, problematizar o sentido do nosso trabalho, enquanto profissionais da saúde, de uma prática que deve ser colocada a serviço da população em geral.

Bezerra Junior (1982) realça a precariedade das condições de atenção à saúde mental na área clínica em nosso país. Ainda estamos buscando oferecer condições minimamente razoáveis de atendimento à população e, ao mesmo tempo, condições de trabalho condignas aos profissionais – tema esse que estavam despertando a atenção dos profissionais que atuavam no campo da saúde mental. Havia também poucas e precárias as alternativas para um sujeito que não dispusesse de recursos financeiros para pagar um tratamento em consultório privado: por exemplo, consultas de cinco minutos de dois em dois meses, com um médico que, provavelmente, sequer se lembraria de seu nome.

Seguir numa compreensão crítica de nossa prática e pensar na formulação de propostas efetivamente inovadoras, traz um questionamento da forma como essas práticas são geralmente implantadas, pois as práticas utilizadas nunca são neutras, mas às vezes são tidas como tal. Ainda mais “quando pensamos na irrefletida absorção de técnicas oriundas de realidades sócio-culturais distintas da nossa e na sua aplicação acrítica nessa população.” (Bezerra Junior, 1982, p. 4). O mesmo autor afirma:

“Creio que uma das mais agudas impressões que as experiências que relatei me proporcionaram foi a do quanto uma postura etnocêntrica pode deixar de perceber quando universaliza o particular que lhe deu origem. Ainda assim demorei muito a compreender que não haveria ‘fantasmas’ a perturbar a

minha prática e o meu entendimento, mas sim cegueira teórica que me impedia de ver coisas bastante concretas e reais.” (Bezerra Junior, 1982, p. 4)

O encontro de um profissional de saúde mental e um paciente não é apenas o encontro da técnica e do objeto de intervenção; é também um encontro entre pessoas, entre cidadãos, de origens sócio-culturais, pertencentes a classes sociais muitas vezes distintas. Supõe-se que a técnica contorne este aspecto fundamental e que haja uma identidade entre os dois, mas isso não é inteiramente possível em nenhuma situação. A maneira que Bezerra Junior (1982) propõe para superar este problema não é preencher a técnica com conteúdos que chama de "sociais" ou "progressistas", mas procurar detectar onde e como a técnica encobre a diferença, negando-a ou transformando-a em desvio, deficiência, desorganização, etc. Em outras palavras, eliminar uma falsa ideologia, tentar desvendar a influência do social no âmbito da técnica, explicitar a contradição para sair da alienação.

O profissional, para ele, não está em pauta, e deveria, independentemente da linha teórica que siga, enquanto ser social, influenciado por seu contexto e sua história, com traços característicos de sua inserção de classe, que se expressa em comportamentos, atitudes, modos de pensar e agir, conceitos, expectativas, etc. que, de algum modo, sempre interferem em sua prática, por mais que esta se revista de uma “aura de cientificidade”, e é preciso assumi-los.

Bezerra Junior (1982) define, então, o projeto psicoterápico da seguinte forma: “é a operação mental que permite ao terapeuta ou ao paciente anteciparem na consciência o andamento e os resultados do processo terapêutico”. E afirma que sempre que se estabelece uma relação de tratamento, este processo se instala, tanto no terapeuta quanto no paciente. Isso significa que ambos constroem para si um projeto e ao iniciar o tratamento, se propõem investir na sua implementação. É, portanto, importante atentar para a influência deste processo na psicoterapia.

“Se não pensarmos o lugar social e político dos `psi´ - independentemente das preferências pessoais – no planejamento de políticas

de saúde, se não pensarmos seu lugar ante diversas demandas da comunidade, para além do assistencial, se restringirmos nossos dispositivos à assistência de pacientes, ainda que esta cumpra todos os requisitos teórico-técnicos, o fantasma da noção médica de tratamento que expulsamos triunfalmente mediante a conceituação teórica volta a se insinuar pela pequena mas implacável fresta das práticas cotidianas.” (Fernandez, 2006, p. 230)

Acredito que essa pesquisa contribui para minha formação e para o campo do conhecimento psicológico na medida em que busca possibilidades de se fazer clínica guiadas por uma consciência política, atuando na esfera micro; além de procurar repensar a identidade profissional do psicólogo. Tal postura visa romper com certos posicionamentos tradicionais, no sentido de construir encaminhamentos profissionais pessoalmente mais significativos e cheios de sentido.

Digo isso, pois percebo que as práticas abordadas têm uma história recente, são pouco divulgadas e difundidas na área da saúde, e pouco reconhecidas pela comunidade dos psicólogos. Além disso, quase não aparecem na graduação; Luisi (2006, p. 10) constata que os cursos de psicologia “permanecem muito distantes da oferta de uma formação consistente com o desenvolvimento de saberes e competências adequados ao enfrentamento profissional de adversidades culturais, étnicas, sócio-econômicas e de gênero.”

Figueiredo (1995) reflete sobre a imagem social do psicólogo, produzida por um grande número de profissionais atuando em psicoterapias no modelo tradicional do consultório, que é tida como única, e marcada por um certo descompromisso dos profissionais com outras dimensões. Porém, ele amplia o entendimento de Psicólogo Clínico, afirmando que o psicólogo clínico não é apenas aquele profissional liberal que trabalha em consultório, atendendo a uma clientela particular e a clínica não é apenas aplicação de conhecimento, pois está sempre produzindo novos saberes e reinterpretando/reinventando antigos. Além disto, o autor desconstrói as separações por área de atuação ou por áreas de conhecimento, modos de produção de conhecimento, departamentos, porque as problemáticas e questões mais específicos de

outras áreas também se colocam na clínica. Todos os psicólogos se interessam pela dinâmica psíquica da perspectiva de diferentes métodos e técnicas. No campo da clínica também há intenção de intervenção, além do tratamento. É interessante observar, ressaltando Figueiredo, que cada um desses pontos revela algo de verdade, mas induz ao erro de reduzir a clínica à oposição das outras áreas, e vice-versa (de remover das outras práticas os interesses clínicos).

Por isso é importante problematizar a imagem construída em torno do psicólogo, mantida e sustentada por nossas atuações. E questionar o porquê dessa imagem, será que a nossa prática está sendo colocada a serviço de todos?

A formação do psicólogo, apesar de incorporar matérias com posturas críticas, trazendo outras áreas de atuação possíveis (como em instituições, na área da saúde, educacional, entre outras), ainda privilegia apenas uma de suas atuações. E ainda opera uma limitação do campo da clínica às práticas tradicionais, sem fazer articulações com posições críticas e com as dimensões sociais e políticas. E, portanto, a forma de pensar a clínica nesse contexto ainda está muito voltada para o modelo modernista.

Essa pesquisa, que revela e se constitui em um movimento de apropriação pessoal de algo já disponível no campo da psicologia, é também um processo de aprendizado e de construção de um espírito pesquisador, que pode contribuir para a construção de conhecimentos coletivos.

Além disso, este estudo tem relevância social ao contribuir para a divulgação de outros lugares para o psicólogo, que escapam da sua imagem socialmente difundida; assim como de complementar a discussão aqui desenvolvida, diretamente relacionada à atuação dos psicólogos, trazendo temas que integram uma ciência que busca compreender o ser humano, tais como a política, os grupos e as relações sociais. Temas sobre os quais esses profissionais também precisam se debruçar, conforme evidenciam diversos autores pós-modernos.

A CLÍNICA DO FORA

“Há um ‘fora’ a ser conquistado.”

(Yasui, 2010, p. 165)

O título desse trabalho surgiu inspirado no conceito do fora, do exterior, da exterioridade de Foucault (1990), sugerindo que as formas de práticas clínicas que serão objeto desse estudo estão inscritas para além das fronteiras de uma prática clínica no modelo clínico tradicional, ou seja, surgiram, quando esse modelo já não dava conta das necessidades que apareciam e se apresentavam, na borda e no contato com o fora.

.O próprio autor apresenta e define seu conceito de pensamento do fora da seguinte forma:

“Este pensamento que se mantém fora de toda subjetividade para fazer surgir como do exterior seus limites, enunciar seu fim, fazer brilhar sua dispersão e não obter mais do que sua irrefutável ausência e que ao mesmo tempo se mantém no princípio de toda a positividade, não tanto para extrair seu fundamento ou sua justificativa, quanto para encontrar o espaço em que se desvincula o vazio que lhe serve de lugar, à distância em que se constitui e na qual se dissipam, desde o momento em que é objeto da mirada, suas certezas imediatas, - este pensamento, com relação à positividade do nosso saber, constitui o que poderíamos chamar em uma palavra “o pensamento do exterior”.” (Foucault, 1990, p.20)

O autor se refere à experiência do fora relacionando-a com a força para Nietzsche, a materialidade do pensamento para Artaud, a transgressão para Bataille, o desejo para Sade, e a atração para Blanchot. (Foucault, 1990, p. 35)

“O Fora não é um limite fixo mas uma matéria móvel, animada de movimentos peristálticos, de pregas e de dobras que constituem um dentro, nada além do fora, mas exatamente o dentro do Fora”. (DELEUZE, p. 104)

Nas palavras de Rolnik (2006, p. 86), “o fora é essa mistura de forças formando composições inéditas, espécie de híbridos cujo efeito é o de desestabilizar os contornos nos quais ele se reconhece, exigindo que encontre um novo modo de funcionamento.” E o dentro, nada mais é do que o interior de uma dobra do fora, estratificação temporária, e às vezes efêmera, de certas relações de força – exatamente aquelas relações cuja diferença incompatível tivera por efeito desestabilizar os contornos que lhe eram familiares e lhe exigir um processo de subjetivação de outro tipo.

Isso quer dizer que atravessamentos e forças do fora retiram de um lugar instituído e abrem espaço para a desterritorialização, e a partir disso se constrói outro dentro, outra forma, não necessariamente para constituir uma forma fixa e rígida como as anteriores, mas para estabelecer um trânsito, um contato, a partir dela, com o fora.

Silveira (1996) fala da dobra, curva ou inflexão realizada pela linha do fora, que se constitui como zona de subjetivação, como um dentro que seria apenas a prega do fora. “Interior que encerra dentro de si nada mais que o Fora com suas partículas desaceleradas, segundo um ritmo próprio e uma velocidade específica. A subjetividade não será uma interioridade fechada sobre si mesma e contraposta à margem que lhe é exterior, feito uma cápsula hermética flutuando num Fora indeterminado. Ele será uma inflexão do próprio Fora, uma dobra do Fora”. (PELBART apud Silveira, 1996, p. 20). Porém, essa dobra do fora, exatamente pelo fato de ser dobra, se diferencia dele efetivamente. Mas, segundo Rolnik (2006), é um dentro que continua a ser trabalhado pelas forças até que a dobra que o constitui se desfaça e outras dobras se façam, num só e mesmo e incessante movimento.

Transpondo para a clínica, podemos perceber este processo de desterritorialização e o surgimento desses outros modelos, que são dobras para dar novas formas a uma determinada ação.

Silveira (2006) afirma que essas novas dobras representam uma desestabilização da própria clínica, pois quebram seus contornos e enquadres costumeiros e estabelecem uma nova relação entre o terapeuta e o paciente,

que ele chama de mutualidade da relação terapêutica. Nas palavras de Palombini (2006, p. 3): “uma clínica a serviço dos processos de desinstitucionalização coloca em jogo a desinstitucionalização da clínica mesma.”

“Pensar dessa forma traz efeitos para esse território, quebrando suas fronteiras e possibilitando contágios e intercessões, rompendo, assim, sua tradicional redoma que mantém a subjetividade insensível às forças desconcertantes da criação.” (Tadesco e Nascimento, 2009, p. 11)

Birman (2000), retomando a obra de Foucault, apresenta a desconstrução da ideia de sujeito realizada pelo autor. Segundo ele, Foucault contraria a concepção de que ela seria originária e imutável, tal como foi constituída historicamente, desde a antiguidade, trazendo a dimensão da construção do sujeito, por meio de formas de subjetivação. A subjetividade é colocada na ordem da produção, e entendida como resultante de um longo e complexo processo, que envolve a incidência de forças de poder e também o exercício da resistência.

Para Lima (2006), a possibilidade de exercer a resistência significa que, apesar da poderosa máquina de produção massificada de subjetividades, que constroi e captura nossos desejos, há sempre espaço para algo que escape, que pulse nas bordas de um modo de vida hegemônico, desenhando outras possibilidades, ou seja, pequenas saídas.

Continuando com Birman (2000), o mesmo ressalta que, dessa forma, a subjetividade é também múltipla e plural, produzida pelo que Foucault denomina tecnologias de si, essas técnicas de produção de si mesmo desenvolvidas exatamente como formas de resistir às estratégias e táticas do

poder. Por isso, a subjetividade, que deriva do embate entre as forças do poder e do saber, não é completamente determinada por elas.

A partir dessa compreensão de sujeito, Foucault (apud Birman, 2000) vai olhar para a loucura como uma forma de alteridade radical, pois afirma que a constituição de uma cultura fundada na razão foi conduzindo a loucura, sendo aquela enunciada como o outro, o diverso da razão, para o território da desrazão. Portanto, o modo como Foucault entende a loucura é associada a essa ideia de desrazão.

Foucault (1995) faz uma análise da relação da humanidade com a loucura, a partir de diferentes concepções ao longo da história, para caracterizar o cenário atual. Historicamente, o homem se relacionou de diferentes maneiras com a loucura: “caos do mundo, estranheza da natureza, transcendência do divino, fúria da morte, etc.” (Silveira, 1996, p. 9).

Resumindo, até o renascimento predominava uma visão cósmica trágica, que relacionava a loucura a um saber esotérico, divino; posteriormente, com o surgimento do racionalismo, a loucura passou a ser olhada com uma visão crítica e associada à ideia de erro, o que culminou nos mecanismos de exclusão e internamentos; e, por fim, surgiu a visão médica sobre a loucura, que a entende como uma doença, que deveria ser tratada, medicada, mantendo, dessa forma, a exclusão social.

Na Idade Média, havia o que Foucault (1995) chama de exílios rituais, referindo-se às cenas como a proibição do acesso à igreja aos loucos ou a expulsão de padres que enlouqueceram. Ele afirma que o lugar que a filosofia atribuiu à loucura nesse período foi na hierarquia dos vícios, pois havia uma demonização da doença.

Foucault (1995, p. 12) relata que, no final do século XV, Bosch pinta “A Nau dos Loucos”, representando uma prática que ocorria na Europa na época. Talvez fosse uma forma de tirar os loucos das ruas das cidades, mas com certeza também representavam navios simbólicos de insanos em busca da razão. Foucault diz: “Ele é colocado no interior do exterior e inversamente.

Postura altamente simbólica e que permanecerá sem dúvida a sua até nossos dias, se admitirmos que aquilo que outrora foi fortaleza visível da ordem tornou-se agora castelo de nossa consciência.”

No decorrer da Idade Clássica, a loucura passa a ser entendida como o reverso da razão, ganhando um caráter moral e desqualificante. Ao invés de configurar algo que transcende o homem, passa a manifestar sua própria fraqueza. A loucura seria um traço de caráter dos homens, e o louco, aquele que se afasta da razão. Começa a se pensar que é possível fazer uma crítica sobre ela e tentar revertê-la. A experiência trágica não desaparece, porém, vai ficando esquecida, possibilitando o domínio e a consolidação da experiência moral, que dá origem ao surgimento da internação.

Foi-se construindo e consolidando, assim, uma forma de tratamento baseado nesses internamentos e na exclusão. Isso porque à loucura foi dado o lugar da desrazão. Porém, a loucura, nas culturas, é algo ao mesmo tempo interior e estrangeiro. Ou seja, apesar das diferenças, está bastante próximo; nas palavras do autor: "a loucura não está ligada ao mundo e a suas formas subterrâneas, mas sim ao homem, a suas fraquezas, seus sonhos e suas ilusões." (Foucault, 1995, p.24) Ele afirma que ao mesmo tempo em que os homens temem conteúdos que a loucura traz, ela fascina porque é um saber; e, além disso, que "a loucura não diz tanto saber à verdade e ao mundo quanto ao homem e à verdade de si mesmo que ele acredita distinguir." (Foucault, 1995, p. 25)

Para entender melhor a concepção de loucura trazida por Foucault, precisamos entender que a desrazão está relacionada com o fora, no âmbito do pensamento. Silveira (1996) afirma que o mais importante não é definir o que é o fora, mas entender a relação do homem com esse fora. Essa relação se dá a partir de uma exposição às forças desse fora, numa relação de trânsito, de troca, onde surge a possibilidade de produção de novos modos de existência "pois as forças da desrazão, do fora, atuam como limite extremo das turbulências vividas no encontro entre os corpos, provocando transformações profundas e irreversíveis em nossa subjetividade" (Silveira, 1996, p. 9).

Rolnik (2006) afirma que um sujeito neurótico é aquele que tem horror à vertigem provocada pelos efeitos do fora em sua subjetividade. Enquanto, o louco encontra-se inteiramente vulnerável ao turbilhão do fora – perdido e dilacerado pelas tempestades de forças em seu corpo, atordoado pelas vozes estranhas dos híbridos e, ao mesmo tempo, impossibilitado de constituir modos de existência com bases nesses afetos, de fazer dobras. É como se estivesse encarcerado no fora. O sujeito fica exposto sem proteção alguma à violência desse fora. É a mais absoluta abertura ao Fora que numa estranha reversão o faz desabar num Dentro total, processo chamado por Peter Pal Pelbart de ‘clausura do Fora’. (apud Silveira, 1996, p.10).

Silveira (1996) aponta, então, que o louco, sendo aquele que carrega a desrazão, ameaça o homem moderno e sua razão, e se torna excluído, sem chances de conexões, de trocas, de vizinhanças, que possibilitem o desenclausuramento e o estabelecimento de um trânsito e de uma produção de novos modos de existência, principalmente nos tratamentos manicomiais.

Lima (2006), por sua vez, observa que a clínica moderna surge como um método naturalista que envolve observação, descrição, comparação e classificação, e ao tomar a doença como objeto natural, desconsidera o fato de que a mesma é produzida pelos próprios mecanismos de tratamento, de isolamento e institucionalização.

Foucault (1998, p. XIII) afirma que a experiência clínica é uma “abertura, que é a primeira na história ocidental, do indivíduo concreto à linguagem da racionalidade, este acontecimento capital da relação do homem consigo mesmo e da linguagem com as coisas – foi logo tomada como um confronto simples, sem conceito, entre um olhar e um rosto, entre um golpe de vista e um sopro mudo, espécie de contato anterior a todo discurso e livre dos embaraços da linguagem, pelo qual dois indivíduos vivos estão ‘enjaulados’ em uma situação comum, mas não recíproca.”

O autor faz, então, uma crítica de que a fala do paciente vai sendo direcionada. Em suas palavras: “a clínica não é um instrumento para descobrir uma verdade ainda desconhecida; é uma determinada maneira de dispor a

verdade já adquirida e de apresentá-la para que ela se desvele sistematicamente.” (Foucault, 1998, p. 66)

“É evidente que a maneira de internar os loucos, de diagnosticá-los, de medicá-los, de excluí-los da sociedade ou incluí-los num local de internamento, era tributária de estruturas sociais, de condições econômicas, tais como o desemprego, as necessidades de mão-de-obra, etc. No fundo, era um pouco tudo isso que tinha me seduzido no tema” (Foucault citado por Muchail (1980), p. 135)

Para Foucault, na visão de Birman (2000), a verdade, como produção, está inscrita no contexto de confronto de forças entre corpos no registro dos micropoderes. Ou seja, verdade não existe fora do poder ou sem poder. Foucault afirma que

“a verdade é deste mundo; ela é produzida nele graças a múltiplas coerções e nele produz efeitos regulamentados de poder. Cada sociedade tem seu regime de verdade, sua `política geral´ de verdade: isto é, os tipos de discurso que ela acolhe e faz funcionar como verdadeiros; os mecanismos e as instâncias que permitem distinguir os enunciados verdadeiros dos falsos, a maneira como se sanciona uns e outros; as técnicas e os procedimentos que são valorizados para a obtenção da verdade; o estatuto daqueles que têm o encargo de dizer o que funciona como verdadeiro.” (Foucault, 1982, p. 12)

Foucault (1982) esclarece que verdade não é o conjunto das coisas verdadeiras a descobrir ou a fazer aceitar, mas o conjunto de regras segundo as quais se distingue o verdadeiro do falso e se atribui ao verdadeiro efeitos específicos de poder.

“O problema político essencial para o intelectual não é criticar os conteúdos ideológicos que estariam ligados à ciência ou fazer com que sua prática científica seja acompanhada por uma ideologia justa; mas saber se é possível constituir uma nova política de verdade. O problema não é mudar a `consciência´ das pessoas, ou o que elas têm na cabeça, mas o regime político, econômico, institucional de produção da verdade. Não se trata de libertar a verdade de todo o sistema de poder – o que seria quimérico na medida em que a própria verdade é poder – mas de desvincular o poder da

verdade das formas de hegemonia (sociais, econômicas, culturais) no interior das quais ela funciona no momento. Em suma, a questão política não é o erro, a ilusão, a consciência alienada ou a ideologia; é a própria verdade.” (Foucault, 1982, p. 14)

Segundo Birman (2000), Foucault trabalha temáticas, como a loucura, a psiquiatria, a medicina, a criminalidade, a linguagem, as ciências humanas, a prisão e a sexualidade; nos quais os jogos de verdade se precipitavam e se cristalizavam, na tentativa de inscrevê-los em dispositivos de produção de subjetividade, para pensá-los antes que fossem capturados pelas forças do poder.

Neste sentido, as ciências humanas, como um todo, estão a serviço do poder, não só incluindo a psicologia, mas enfatizando a teoria da psicanálise, com sua lei de estruturação da sexualidade, associada à família burguesa, que seria um dispositivo capitalista.

Tadesco e Nascimento (2009) dão ênfase ao fato de que o dispositivo de poder das sociedades contemporâneas, dentro da ordem econômica vigente, procura gerir a vida, maximizando os efeitos do poder disciplinar através do uso dessas técnicas expandidas aos espaços abertos. O capitalismo amplia seu domínio para além dos limites concretos, as leis de mercado ditam comportamentos e padrões de conduta, e o diferente passa a ser desvalorizado. Além da exploração do trabalho, há um exercício de exploração da vida. Paralelamente a isso, as autoras analisam que o íntimo, o privado passa a ser cada vez mais valorizado, desqualificando qualquer movimento que promova a coletivização política.

Benevides e Passos (2004, p. 160) se referem a uma axiomática capitalística: desterritorialização e conjugação dos fluxos, que se atravessam e se integram, ilimitadamente, garantindo o movimento infinito do capital. Ou seja, o capitalismo captura todos os movimentos, desejos, e os coloca a serviço do capital. Mas, para as autoras, esse funcionamento nunca é totalmente definido, e que inclui imprevistos, desvios, erros e resistência,

mantendo-se sempre em crise sem que com isso fique comprometida a sua funcionalidade.

Voltando a Tadesco e Nascimento (2009, p. 11), o movimento de resistência a esses processos de massificação, não como uma simples recusa a processos de normalização, mas incentivando o fazer diferente, o criar atos que rompam com as rotas estabelecidas, é um posicionamento político para a vida. “Nesse contexto, se coloca a clínica como ferramenta de análise crítica das normas instituídas pela lógica do biopoder e instrumento de invenção e de pluralização das formas de vida.”

Para as autoras, a relação entre clínica e política é inevitável, ambos são inseparáveis:

“Nesse sentido toda intervenção psicológica é essencialmente política, uma vez que sempre colocam os profissionais num campo implicado, onde necessariamente assumem compromissos e riscos. Dessa maneira, ao tomar a análise de implicações como um dispositivo para problematizar suas intervenções, a clínica afirma a condição política de sua prática e coloca em xeque os lugares instituídos pelas formas de subjetivação individualizantes, refratária às questões políticas e ao caráter heterogêneo e múltiplo dos diferentes modos de existência.” (Tadesco e Nascimento, 2009, p.1)

Os autores concluem que o desejo e as forças desejanter estão no circuito do campo social e que a psicologia fez uma opção política de trabalhar esses desejos no âmbito privado, mas a nova proposta é articular desejo e sociedade.

“A primeira tarefa do médico é, portanto, política: a luta contra a doença deve começar por uma guerra contra os maus governos; o homem só será total e definitivamente curado se for primeiramente libertado” (Foucault, 1998, p. 37)

A partir dessa concepção, Foucault (apud Birman, 2000, p. 98) considerava que as formas de tratamento psíquico deveriam ser pensadas como decorrência das tecnologias de produção de si. “Talvez se pudesse constituir uma outra modalidade de clínica, em cujo fundamento estaria o cuidado de si, em que as figuras do louco, do enfermo, do criminoso e do

erotismo seriam restituídas nas suas potências de saber, como modalidades positivas de afirmação de si mesmas.”

Porém, para pensar a clínica no contemporâneo, é importante pensar as mudanças geradas pelo paradigma pós-moderno, que vinculam clínica, linguagem e política, tal como descreve Gergen (1995). Lima (2006) lembra também que um novo conceito de tratamento e de saúde passou a atravessar esse campo a partir dos anos 1980, com a reforma psiquiátrica, buscando afirmar uma transversalidade: a desinstitucionalização, a ideia de cura perdendo lugar, assim como a de normalidade, e surgindo uma busca por criar formas possíveis de pessoas com estruturas e organizações mais psicotizadas viverem em sociedade. Assim, tal postura provocou uma transformação concreta, tanto na vida dos usuários das instituições de saúde mental, quanto na sociedade como um todo.

É nesse contexto que surgem essas idéias diferenciadas de clínica, abrindo espaço para um lugar de transformações nos modos de subjetivação, que abrangem os contextos políticos.

Pensemos, então, um pouco agora nessas novas práticas clínicas que foram surgindo no contexto contemporâneo.

ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO

O Acompanhamento Terapêutico (AT) é um dispositivo da clínica, prática que tem forte importância na clínica das psicoses, com diferentes abordagens teóricas. Vamos focar um AT que surgiu no contexto da Reforma Psiquiátrica, com a ideia de transitar com os internos dos hospitais psiquiátricos nos espaços da cidade, externos aos muros da instituição, e relacioná-los ao universo desta circulação, incluindo os diversos elementos que isso implica, de contatos sociais e materiais, de oficialidade política e jurídica, etc. Essa forma de levar os pacientes para a rua se configurou como uma intervenção repleta de peculiaridades e possibilidades interventivas diferenciadas.

Suely Rolnik (1997) afirma que o AT surge da necessidade de construir mediações entre os vários territórios da clínica, que circula entre cada um deles, entre eles e a família, entre todos eles e a paisagem da cidade, vai para a fronteira, ocupando os espaços vazios que existem entre eles e criando possibilidades reais de vida não doente. Segundo a autora, essa é a sua genealogia, ele habita e explora a exterioridade das instituições e dos espaços. Desta concepção, o AT encarna as questões que se colocam hoje no território da clínica.

Palombini (2006) afirma que esse tipo de atendimento só pôde surgir num contexto de políticas de Saúde Mental que criaram uma rede de serviços alternativos ao manicômio, pois entende a rua, a cidade, como os lugares onde a experiência da loucura precisa ser acompanhada, não mais em uma condição de isolamento.

Segundo Yasui (2010, p. 159), é importante essa escolha de espaço físico, pois “a microfísica do poder e a micropolítica do desejo se configuram, se constituem, se afirmam, se reproduzem no território, nos pequenos detalhes e na intimidade dos dramas cotidianos.”

A Reforma Psiquiátrica, com críticas ao modelo manicomial, trouxe novos dispositivos de tratamento, porém, não pode ser reduzida a isso. Como afirma Yasui (2010, p. 172), ela “não pode ser confundida com uma mudança nos serviços de saúde mental, quer dizer, uma modificação na organização institucional das formas de cuidado ou dos processos de trabalho. Ela é muito mais ampla e complexa. Refere-se à ousadia de inventar um novo modo de cuidar do sofrimento humano, por meio da criação de espaços de produção de relações sociais pautadas por princípios e valores que buscam reinventar a sociedade, constituindo um novo lugar para o louco. Isso implica transformar as mentalidades, os hábitos e costumes cotidianos intolerantes em relação ao diferente, buscando constituir uma ética de respeito à diferença.”

É colocado um projeto de sociedade mais aberta e acolhedora, que valoriza as diferenças e dá voz àquele que esteve depositado num espaço restrito e a uma distância que impedia sua participação e interferência no funcionamento social. Desta forma é assumida uma posição política relacionada às formas de tratamento da loucura e às formações sociais e culturais de um modo geral.

Nas palavras de Bezerra Junior:

“Trata-se de não apenas de desfazer o aparato e a cultura manicomial ainda hegemônicas no cenário psiquiátrico, mas, sobretudo, construir uma nova maneira de a sociedade lidar com a loucura. A desconstrução do manicômio implica necessariamente reinventar não só a psiquiatria, mas – no limite – a própria sociedade em que vivemos.” (Benilton Bezerra Junior, 1992: 113, apud Yasui)

Considerando que as abordagens do Acompanhamento Terapêutico ocorrem, de forma dual ou em experiências grupais, mediam pontos de contato particulares e públicos. O AT é uma forma de atuação no âmbito micro, no sentido dessa mudança macro proposta pela Reforma Psiquiátrica.

A atuação do AT no cotidiano complementa a proposta de mudança de modelo da Reforma: romper com a monotonia, com a repetição sem sentido das coisas do dia a dia, produzir e inventar ações de ruptura num encontro

produtor de vida, explodir o tempo com significados e sentidos, rearranjar a rotina nos serviços e fora deles, criando novos e outros caminhos, com uma boa conversa embaixo de uma árvore ou caminhando, conhecer lugares na cidade por onde nunca se andou, experimentar sensações inéditas, resgatar a história de vida durante alguma atividade, aprender a fazer coisas novas, descobrir habilidades, amplificar e intensificar modos diversos de estar no mundo, redescobrando a dimensão do cotidiano como produção criativa da vida e produzindo outra temporalidade, com outra relação com o passado e o futuro, e potencializar a vontade de fazer história (Yasui, 2010).

Os princípios da Reforma que Yasui (2010) coloca, que estão evidentemente muito relacionadas com o trabalho do AT tal como descrito aqui são: universalidade, acessibilidade, igualdade, equidade, integralidade, descentralização, municipalização, intersetorialidade e controle social.

“Nossa utopia (...) aposta nesse infinito campo aberto que é o existir. Mudar o mundo é nosso dever. E a esperança, nosso princípio ético. Desconstruir/ desfazer os dispositivos sociais que produzem os diferentes manicômios e inventar/construir/fazer, ao mesmo tempo, novos dispositivos sociais, que trazem não apenas os loucos como protagonistas centrais de sua história, mas toda essa gente excluída, os humildes, os humilhados, aqueles que não contam. Fazer acontecer pequenas revoluções cotidianas que ousam sonhar com uma sociedade diferente. A Reforma Psiquiátrica é assim, feita de rupturas e encontros.” (Yasui, 2010, p. 180)

A ideia de construção de um outro lugar social para a loucura, nas palavras de Yasui (2010, p. 177), “é convidar a sociedade a refletir e provocá-la a transformar a sua relação com a diferença, com o estranho, com o estrangeiro. Mudar a sua relação com essa alteridade não enquadrável, que escapa à racionalidade”. Ou seja, olhar de outro modo, não apenas para a experiência da loucura, mas para o diferente. “atos de generosidade, de hospitalidade, de respeito à diferença”; “antônimos de avareza e hostilidade ao outro, valores tão cultivados pelo estilo de levar a vida regido pela busca frenética de acumulação e de competitividade.” E o próprio autor conclui que

não há como conceber a criação desse *locus* para a loucura sem uma transformação social.

Isso fica bastante evidente na clínica do Acompanhamento Terapêutico, pois o trabalho que é feito nos espaços que o paciente circula, seja na sua casa ou na rua, além de ser uma atenção ao paciente, convoca as outras pessoas a se envolverem com um elemento alheio aos seus conhecidos, propondo, por vezes, uma outra forma possível de se relacionar com aquele sujeito, estando aberto as interferências que podem ser produzidas nesse encontro.

Yasui (2010, p. 158) afirma inclusive a potência da loucura para construir caminhos de mudanças, a força para questionar, desconstruir e destruir os micropoderes que produzem nossa subjetividade mesquinha, conformada, triste e servil, para correr riscos e investir numa produção da vida e de outros valores.

Entendendo o conceito de psicose de acordo com as postulações de Foucault, Silveira (1996, p. 33) fala que o psicótico é um sujeito que tem sua subjetividade completamente exposta aos efeitos do Fora e que não pode fazer dobras, pois já são sugados de novo pelo turbilhão de forças selvagens a que estão expostos, ou seja, não conseguem "construir modos de existência que possam dar sentido a esse mergulho abissal e sem limites". Para ele, o sofrimento dessas pessoas deve ser entendido como esse esforço cotidiano, sem conquista, por causa das forças que os atravessam, de constituir dobras suficientemente consistentes, ao mesmo tempo que abertas ao desdobramento, ao trânsito.

O autor analisa que quando o psicótico tenta fazer dobras para dar contornos e se sustentar, dando algumas possibilidades de sentido para sua experiência, são entendidos e classificados pela sociedade de forma que categorizam suas dobras como delírios. Quando novos modos de existir são criados para o louco, são sufocados pelo homem moderno neurótico e seu preconceito e terror à violência, pois a loucura faz tremer seus contornos também.

Além disso, Foucault (1995, p. 15) afirma que, “por um estranho paradoxo, aquilo que nasce do mais singular delírio já estava oculto, como um segredo, como uma inacessível verdade, nas entranhas da terra.”, o que caracteriza todo delírio como algo histórico. A partir disso, conclui-se que precisamos de vozes para afirmar a potência do delírio para que a vida volte a fluir.

Silveira (1996) lembra que o papel dessa clínica e da intervenção terapêutica do AT não é simplesmente a escuta, mas a criação de diversas condições de escuta. Aí se coloca claramente uma posição política, uma proposta de mudança social para a construção de um espaço que possa abrigar e acolher essas formas de organização.

Palombini (2006) diz que esse encontro, em geral, gera e revela uma aproximação muito rica com aqueles usuários que geralmente se mostram inacessíveis ou pouco permeáveis.

Nesse sentido e para esses casos, Silveira (1996) coloca, o papel do terapeuta como aquele que deve fortalecer a consistência das dobras precárias e ajudar o paciente a reativar a possibilidade de dobrar-se, na tentativa de reestabelecer o trânsito, o ir e o vir entre o dentro e o fora, constituindo redes e buscando elementos componentes que dêem sentido a seus investimentos. Constituir novos mundos, e com isso, revitalizar a subjetividade petrificada e o desejo que estava despotencializado. Além disso, ele prossegue, o terapeuta é constantemente afetado por essas forças e tem ampliada a sua subjetividade e a capacidade de vibração às intensidades desse Fora.

Nas palavras de Rolnik (1997, p. 91), a tarefa do acompanhante “consiste em tentar tecer junto com o louco que ele acompanha redes para as quais seus investimentos façam sentido, de tal modo que o que era subjetividade petrificada possa vir a revitalizar-se, e o que era desejo despotencializado, reativar-se”. Ela afirma que é exigido uma disponibilidade para as reverberações do fora e suas desestabilizadoras tormentas, desencruar e acolher aquilo que excede a si mesmo, que escapa dos territórios conhecidos, das instituições, das teorias e técnicas costumeiras.

Palombini (2006) conta experiências que mostraram a potência do AT na construção de redes capazes de superar o manicômio, na desinstitucionalização da loucura e na mistura ou contágio entre as instituições de tratamento e o externo a ele, pois afirma ser uma construção no cotidiano da cidade, espaço e tempo da cidade, forças presentes nesse território, nesses diversos territórios que se entrecruzam no ambiente urbano, sentidos inesperados que emergem nos traçados desviantes das ruas.

Rolnik (1997) propõe pensar que é uma intervenção no lugar de interpretações, no sentido de exploração experimental do dobrar-se e desdobrar-se do fora e dos dentro que se fabricam nesse movimento.

A prática do AT não é mais um modelo, no qual se apoiar, sua referência passou a ser basicamente um ética: “aliar-se às forças da processualidade, buscando meios para fazê-las passar, já que isto é condição para a vida fluir e afirmar-se em sua potência criadora; aliar-se a essas forças e esperar – confiando na possibilidade de que algo venha a se agenciar...” (Rolnik, 1997, p. 92), é uma confiança no desejo como motor de processualidade. Segundo Rolnik (1997), a ética da prática analítica implica um compromisso com os movimentos que a vida faz na tentativa de encontrar vias de afirmação criadora, o que é incompatível com a adesão não problematizada de qualquer teoria ou técnica.

O AT habita esse lugar que Yasui (2010) descreve, para todos os profissionais envolvidos com a Reforma, como o lugar da ousadia, do criar, do correr riscos, de ir além, lugar ético, de ruptura e desvios das práticas hegemônicas, de compromisso com a transformação, que olha para esse existir no futuro sonhando com mudanças.

Para Foucault (1982), dispositivo é “um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas (...) [de forma que] o dito e o não dito são os elementos do dispositivo” (FOUCAULT, 1982, p. 244)

Porém, ele vai além, diz que um dispositivo define-se por essa estrutura de elementos heterogêneos, mas também por um certo tipo de gênese, de produção, ou seja, ele cria e faz emergir algo novo.

O dispositivo é, afirma, de natureza essencialmente estratégica, o que supõe que se trata no caso de uma certa manipulação das relações de força, de uma intervenção racional e organizada nestas relações de força, seja para desenvolvê-las em determinada direção, seja para bloqueá-las, para estabilizá-las ou utilizá-las. “O dispositivo, portanto, está sempre inscrito em um jogo de poder, estando sempre, no entanto, ligado a uma ou a configurações de saber que dele nascem mas que igualmente o condicionam. É isto, o dispositivo: estratégias de relações de força sustentando tipos de saber e sendo sustentadas por eles.” (Foucault, 1982, p. 246)

Segundo Palombini (2006), o dispositivo, para Foucault, é a rede estabelecida entre esses elementos; e o AT, ela afirma, “é essa rede que articula os elementos desse conjunto, que os põe a funcionar.” Isso porque o trabalho do AT se expande para conversas entre os serviços e estabelecimento de laços entre os atendimentos.

Para essa perspectiva, toda clínica é ao mesmo tempo política, exercício de poderes; portanto, é necessário assumir essa posição e uma postura crítica para reinventar novos fazeres, novas clínicas.

Segundo a autora, nesta perspectiva, a clínica do Acompanhamento Terapêutico se distancia do governo das almas, disciplinarização dos corpos, valorizado pelo Estado Moderno, na medida em que abre espaço para novas possibilidades de ser, que resiste à captura e se afirma como resistência; é uma clínica que “caminhará na direção nômade que segue os caminhos desviantes da invenção” (p. 6)

CLÍNICA GRUPAL

Outra ampliação da clínica que pode ser pensada é por meio dos trabalhos com grupos, que introduz outras dimensões para o olhar clínico.

Historicamente, os grupos foram estudados nos mais diversos campos, com as mais variadas abordagens, originando diferentes formas de compreensão e de prática. No campo da clínica, foram implantados dispositivos com fins psicoterapêuticos apoiados também em distintos referenciais teóricos.

Fernandez (2006) assinala três momentos epistêmicos na instituição dos saberes e fazeres grupais:

O primeiro apresenta a ideia de que o todo é mais que a soma das partes, compreendendo o grupo como um conjunto de pessoas reunidas na vida diária, ou por razões experimentais, para realizar algo em comum e que estabelecem relações entre si. O grupo é entendido como campo de forças em equilíbrio dinâmico, jogo de forças com relação ao todo, sistema específico de interdependência. O todo não é tudo. Nas palavras da autora: “um todo pensado como um grande único e não como as diversidades do múltiplo.” (Fernandez, 2006, p. 75)

Aqui se destacam as Dinâmicas de Grupo, que surgiram com Kurt Lewin, em 1930, nos EUA, e, posteriormente, o surgimento do Dispositivo Grupal e do coordenador de grupos, que deu origem à Psicologia dos Grupos.

Estas atuações estão situadas em diversas áreas da realidade social, como empresarial, educacional, etc. Surgem a partir de uma demanda econômico-política, acoplando o campo de análise e o campo de intervenção.

Tal concepção tem, então, características do dispositivo tal como definido por Foucault (1982)¹, por ter uma função estratégica dominante.

“Como Foucault pontua a articulação saber-poder, na medida em que todo campo disciplinar mantém com respeito ao poder efeitos de eficácia e com respeito ao saber efeitos de produtividade.” (Fernandez, 2006, p. 83)

As dinâmicas de grupo desenvolvidas por Lewin são técnicas para o estudo do campo social. Essa microssociologia é o que vai dar origem, posteriormente, aos Grupos Operativos, com a diferença de que estes últimos não surgem a partir de uma solicitação dos centros de poder institucional, nem orientados pela intenção de consolidar hegemonias instituídas. Em muitos casos, implantaram-se nas margens das instituições e nos interstícios das hegemonias, e foram animados por claras utopias contra-institucionais.

Os primeiros dispositivos grupais terapêuticos surgiram em 1905, com Pratt, que era coordenador de um grupo para auxiliar os tratamentos médicos de pacientes com transtornos orgânicos crônicos. Neste caso, visava-se ativar de forma controlada o aparecimento de sentimentos de solidariedade no grupo e assumir o papel de uma figura paterna idealizada.

Derivou daí uma outra forma que estimula o mesmo sentimento entre os membros do grupo, mas diminuindo e às vezes até eliminando a figura de liderança do coordenador. Como exemplo disso, temos os “alcoólicos anônimos”, que surgiu em 1935. Parte-se do pressuposto de que um ex-alcoólatra pode influenciar mais eficazmente outro alcoólatra e este é capaz de estabelecer laços mais fortes com ele ao saber que ele teve o mesmo problema que o seu e conseguiu superá-lo, e isso retorna para ele como uma forma de se conectar de outro lugar com esse processo.

Ambas as dinâmicas consistem numa atuação nas emoções que circulam no grupo, investem na construção de uma rede entre iguais para dar suporte e sustentação identificatória. Chamam a atenção para a importância da socialização do paciente, seja dentro da instituição, seja na sua readaptação à

¹ Ver página 33.

sociedade. Tais estratégias eram desenvolvidas por meio de grupos grandes e tinham consequentes benefícios quantitativos.

O segundo momento epistêmico localiza-se em torno da busca de organizações grupais nas quais se destacam as contribuições da psicanálise, seja no plano teórico, ou na área da clínica psicoterapêutica, e as dos grupos operativos, nesta e outras áreas; são as principais tentativas de abordagens coletivas com fins terapêuticos, trazendo a dimensão inconsciente para o trabalho com grupos.

Essa corrente criou dispositivos grupais, com um número restrito de participantes, com fins terapêuticos, isto é, “instituiu grupos num novo campo de aplicação: a clínica psicanalítica.” (Fernandez, 2006, p. 105) Inicialmente, a proposta era de uma terapia interpretativa individual **em** grupo, que se baseava numa composição de pacientes com características similares, na tentativa de garantir que uma interpretação dada a um indivíduo singular, servisse para todos.

Outra maneira de trabalhar que surgiu dessa abordagem foi a técnica interpretativa **de** grupo. Esta toma o grupo como fenômeno central e ponto de partida de toda interpretação, ou seja, o grupo como totalidade, considerando que a conduta de cada um de seus membros sempre é influenciada pela participação nesse coletivo. É um enfoque que considera que o individual deve ser sempre contemplado dentro do âmbito coletivo no qual se manifesta.

Na escola inglesa da psicanálise, Foulkes (apud Fernandez, 2006, p. 102) traz a ideia de fazer uma leitura dos processos inconscientes circulantes no grupo, enfatizando que além das interpretações das transferências, deve-se atentar para as ansiedades e as fantasias inconscientes em suas múltiplas manifestações. Resumindo, toma-se o grupo como um grande indivíduo e analisa-se a fantasia inconsciente grupal mantendo a teoria e técnica psicanalítica sem grandes alterações.

O autor desenvolveu uma técnica reguladora: tempo de 1 hora e meia, 7 ou 8 participantes, que se sentam em círculo com o analista. Não há

programas para desenvolver, nem indicações precisas por parte do analista, então todas as contribuições surgem espontaneamente por parte dos pacientes, as comunicações no grupo são equivalentes às associações livres dos casos atendidos individualmente. O coordenador assume a mesma postura do psicanalista de terapias individuais, é objeto de transferência e interpreta conteúdos, processos, atitudes e relações.

A autora considera que é importante “diferenciar a escuta analítica como instrumento imprescindível no trabalho com grupos – mesmo fora da clínica – da ‘compreensão’ dos acontecimentos grupais desde alguma narrativa psicanalítica deles”, enfatizando que “pensar a totalidade não garante a absoluta demarcação do campo disciplinar; é preciso pensar as relações das partes entre si com o todo.” (Fernandez, 2006, p. 110)

É importante ressaltar que Fernandez (2006) analisa que a incorporação da abordagem psicanalítica ao trabalho com grupos criou condições para descentralizar o lugar da coordenação, a partir dos ideais de neutralidade e abstinência, retirando-o da liderança. Desse modo, foi-se abrindo uma via para afastar os grupos do fantasma da manipulação. Esse é o primeiro processo de descentralização, mas que, ao mesmo tempo, fez ressurgir outra forma de poder do coordenador; na medida em que, no ato interpretante, ele se colocava em um novo lugar de saber-poder.

Bion (apud Fernandez, 2006, p. 117) enunciou que o comportamento de um grupo transcorre em dois níveis: o da tarefa comum, nível racional e consciente, de atingir um objetivo que ele mesmo se dá, e o das emoções, pois observava a emergência de processos psíquicos primários. Para ele, o grupo é um agrupamento de indivíduos, espaços de produção coletiva, que constituem um campo de descobertas que necessita, para sua elucidação, da criação de instrumentos conceituais específicos. Portanto, ele abriu o campo grupal como espaço de produção teórica e não como mero campo de aplicação da psicanálise.

Destacou que os indivíduos reunidos num grupo combinam-se de forma instantânea e involuntária para agir segundo estados afetivos que denominou

'pressupostos básicos'. Os pressupostos básicos são reações grupais defensivas às ansiedades ativadas pelo dilema indivíduo dentro de um grupo e pela regressão que esse dilema lhe impõe. Os pressupostos são três: dependência (crença coletiva em alguém que vai satisfazer suas necessidades e desejos), ataque e fuga (na existência de um inimigo) e acasalamento (esperança num fato futuro que resolverá seus problemas). Isso é o que orienta a mentalidade e a cultura grupal. Quando no grupo, os pressupostos básicos dão lugar a uma organização para a realização da tarefa comum, ele passa a ser chamado de grupo de trabalho.

Anzieu e a escola psicanalítica francesa da psicanálise (apud Fernandez, 2006, p. 133), estudando principalmente grupos de formação, breves, desenvolvem a teoria geral da circulação fantasmática em grupos. "Não existe grupo sem o imaginário." (Fernandez, 2006, p. 140) Propõe-se a analisar, à luz da teoria psicanalítica, os principais processos inconscientes que se desenvolvem nos grupos humanos, entendendo o fantasma expressando-se no individual, não no grupal.

Para essa escola, a ilusão grupal tem a função de realização imaginária dos desejos. Ou seja, os participantes se dão como representação coletiva do maior denominador comum de seus fantasmas individuais, tal como no sonho. Fala da ameaça de perda da identidade pessoal produzida pela situação de grupo e do fenômeno de transferência cindida. Define ressonância fantasmática como o agrupamento de alguns participantes em torno de um deles, o qual se dá a ver ou a entender, através de seus atos, seu modo de ser, suas palavras, seu (ou um de seus) fantasma individual inconsciente. Nesse sentido, define que o fantasma individual inconsciente é o primeiro organizador do grupo, enquanto as imagos e os fantasmas originários constituem o segundo e o terceiro organizadores do grupo.

Na medida em que o fantasma é uma encenação que se desenvolve entre vários personagens, é sempre uma imagem coletiva e possui portanto uma 'estruturação grupal interna', ou Grupalidade do fantasma. Disso decorre seu caráter organizador dos grupos.

O fantasma individual é grupal, ou seja, a integração das pessoas a uma situação grupal, mobiliza, dispara instâncias ou formas grupais de sua própria subjetividade. E por isso podem se agrupar e o grupo é potente como estratégia clínica. Falas e ações revelam posições nas cenas fantasmáticas, singularidade é a forma de ressoar na cena ou com relação a ela.

Apesar de não aprofundar a questão, Anzieu já menciona a existência de outros operadores organizacionais: econômicos, históricos, sociológicos, culturais, tais como poder, dinheiro, ideologias. Além disso, o autor insiste em manter a coexistência conflituosa e paradoxal da ameaça do eu e o suporte identificatório em uma situação grupal.

Fernandez (2006) critica alguns pontos dessas leituras, em função da construção, utilização e manutenção de um a priori teórico, mas o que nos interessa aqui é pensar suas inovações nos modos de pensar e avanços nos modos de fazer clínica.

Por fim, o terceiro momento surge na tentativa de resolver a dicotomia entre indivíduo e sociedade, presente nas ciências humanas, que acabam por gerar ideias reducionistas, entendendo ora que a sociedade determina o indivíduo, ora focando o olhar no indivíduo e pensando a sociedade como simples agrupamento de pessoas. Aqui está a psicologia de grupos que considera o grupo como espaço intermediário, com função de articulação, entre esses dois pólos de pensamento. Fernandez (2006) fala da necessidade de sustentar a tensão entre indivíduo e sociedade para pensar a dimensão subjetiva no atravessamento do desejo e da história.

A análise crítica das ficções em torno do indivíduo ou do grupo como unidade, segundo Fernandez (2006), implica a revisão permanente dos paradigmas teóricos e das práticas grupais instituídas. Essa é uma perspectiva transdisciplinar, que procura articular organizadores sócio-culturais com os anteriores.

Kaës por sua vez, formula um aparelho psíquico grupal e cria os conceitos de `grupo de dentro´, que se refere à grupalidade interna, e de `grupo de fora´, que seria o grupo real (apud Fernandez, 2006, p. 159)

O psicodrama psicanalítico, que ele desenvolve, por exemplo, utilizando técnicas de multiplicação dramática, opera simultaneamente inscrições muito diversas de referentes desejantes, grupais, institucionais e sócio-políticos. Utilizar recursos psicodramáticos no contexto da clínica psicanalítica permite explorar os jogos identificatórios, repetição recriada nesse espaço, que, ao se desenrolar dramaticamente, aspira a explorar outras posições em seu teatro interior.

Fazer nó são os enlaces e desenlaces de subjetividades que acontecem num pequeno grupo. A partir da figura do grupo como nó, Fernandez (2006, p. 191) problematiza “o dentro e o fora, o em cima e o embaixo grupais; seus múltiplos fios se entrecruzam e o que se destaca não são mais fios fundantes, mas o nó que formaram”. Então, para a autora, os nós grupais são complexos entrelaçamentos de várias inscrições, vários fios de diferentes cores e intensidades o constituem, como por exemplo, desejantes, históricos, institucionais, econômicos, sociais, ideológicos, etc. Assim, há muito mais produções do que as que podem ser lidas ou enunciadas.

A autora salienta que dizer que há algo em comum não é o mesmo que subjetividades homogêneas, assim como ressaltar a singularidade não implica invisibilizar as produções coletivas.

Fernandez (2006, p. 192) questiona a distinção que é usualmente feita entre profundidade e superficialidade, pois entende que a questão fundamental é a superfície, e não a falsa profundidade. O importante é o contato com a superfície do acontecimento, que não quer dizer, diz. Também fala sobre “o acontecimento não mais como expressão ou representação de uma estrutura subjacente (...) mas como produção de múltiplos sentidos e alguns sem-sentidos” (p. 192)

O papel do coordenador também se modifica, pois ele poderá pontuar um ou outro sentido, interrogar uma estranheza, ressaltar um paradoxo, indicar alguma insistência, mas não descobrir a verdade oculta, já que o acontecimento é entendido de forma que “não representa nem expressa, está todo ali, em tamanha nitidez que costuma se tornar invisível” (Fernandez, 2006, p. 196) É um segundo momento de descentralização, a renúncia ao saber da certeza.

Assim, chega-se a conclusão que os possíveis lugares de poder que a coordenação pode ocupar variam de acordo com a conduta que ela adota, assim como os movimentos transferenciais nos grupos também são influenciados pelo posicionamento do coordenador.

A análise institucional, representada por Guattari (apud Fernandez), traz a dimensão institucional como uma forma importante de relação entre o grupal e o social, pois um grupo se inscreve num sistema institucional dado, e a instituição só vive nos grupos humanos que a constituem, incluindo as noções de transferência institucional e imaginário institucional. As instituições fazem parte das redes do poder social.

Fernandez (2006) afirma que os principais indicadores do sistema simbólico-institucional em que o grupo se insere são: normas de funcionamento, coordenação e contrato. Eles operam num sentido explícito-funcional, mas são também disparadores de significações imaginárias grupais.

A autora observa no grupo a coexistência de posicionamentos singulares dos distintos integrantes, o fato de que algumas impressões pudessem adquirir certo grau de generalidade ou consenso em hipotéticas futuras reuniões não suprime as particularidades, e não é condição para a construção de significações imaginárias que as posições dos integrantes sejam homogêneas. Dos múltiplos sentidos que o texto grupal dispara, os movimentos grupais costumam cristalizar alguns, dando origem aos mitos ou ilusões grupais. Ou seja, o coletivo cria “condições para as dobras e desdobramentos de suas ações, seus relatos e suas afetações; suas invenções e suas políticas, seus consensos e seus dissensos.” (Fernandez, 2006, p. 207)

GRUPOS COM PSICÓTICOS

Lancetti (1993) com intuito de pensar esse tipo de trabalho, analisa que a clínica grupal, nos seus primórdios, foi praticada em instituições disciplinares, como iniciativas de reformas. Todas as reformas psiquiátricas se basearam em intensa atividade coletiva e em dispositivos grupais: a comunidade terapêutica (de origem inglesa) institui a assembleia e os grupos terapêuticos; a psicoterapia intitucional (francesa) propiciou grupos autogestionários e cogestados; e a psiquiatria democrática (italiana) opera com intensa coletivização. Mas, segundo o autor, apesar do nascimento da clínica grupal estar vinculado a essas iniciativas de reforma das instituições psiquiátricas totais e, fundamentalmente, no trabalho com doentes mentais, pouca bibliografia existente a respeito de grupos terapêuticos, é dedicada ao tratamento de psicóticos. O autor desenvolve a hipótese que isso se deve às dificuldades operacionais, entre outras tantas existentes.

Lancetti (1993) afirma que nos grupos de psicóticos se produz continência. Estar louco com outros, relatar um fato de maneira desagregada, persecutória, trocar experiências com sujeitos que já passaram por situações semelhantes, vivenciar angústias intensas, vozes, delírios, sentir-se confuso de forma acompanhada e sem obter respostas preconceituosas ou defensivas a estas expressões, proporciona um estado particularmente acolhedor e terapêutico. Nos grupos de psicóticos, mais intensamente, os enunciados vão se despojando do sentido comum, o que um expressa é roubado pelo outro e a loucura vai se tornando coletiva, o sem-sentido brilha e aquele delírio que condenava à mais absoluta autoreferência, agora é delirado em grupo.

O encontro, como afirmou Moreno (apud Lancetti, 1993), é o fundamento do processo grupal. O contato afetivo dos terapeutas e pacientes, a força solidária que se cria, gera uma ressignificação histórica e repetição transferencial característica do processo terapêutico, que se desencadeia a partir da presença de outros. Essa ressignificação é produto de um trabalho coletivo.

Para ele, a unidade mínima do encontro é a imitação. A partir da formação do grupo, da instalação da grupalidade, que é entendida como devir grupal, múltiplo e temporal, e produtor de subjetividades, aparecem expressões que vão gerando imitações e produzindo invenções. A imitação ou microcontágio é o que se repete, mas de maneira diferente, pois quando o sujeito imita um gesto de outro introduz um desvio diferencial. O autor atenta para a importância dos ritmos e da velocidade corporal.

Essas unidades mínimas em constante transformação possibilitam as simpatias, as ressonâncias, que são os componentes do campo de forças ou de afetos do grupo, a matéria dos vínculos. Nesses devires de intensidade (pré-significantes, anteriores à transferência) fundamenta-se a potência grupal.

Lancetti (1993, p. 165) afirma que o problema da condução que se coloca é entre coordenar e liderar. A arma fundamental do coordenador é a sociabilidade, toda ação que favoreça o contato entre os membros do grupo, ajuda na formação do tecido coletivo. Nesse tipo de trabalho, se coloca a necessidade de dirigir vitalmente o tratamento. O coordenador mergulha no caos, há uma ameaça constante de desintegração e reina o sem-sentido, mas ele precisa pensar grupalmente, entendendo que a potência está no dispositivo, e ele é um integrante desse dispositivo, mas que detém eticamente nas mãos a iniciativa da cura. Em suas palavras, ele “cuida das pautas de funcionamento e tem paixão pela raridade, pelas expressões mais singulares, insólitas e quase imperceptíveis que são, em última análise, as que provocam mudanças mais radicais”

Habitar esse campo expressivo sem se preocupar com o significado por trás é, para o autor, estar em sintonia com o acontecimento grupal, com a

comunicação mais verdadeira. Somado a proposta de evitar responder às solicitações individuais, em série, evidenciam características do terceiro momento epistêmico citado por Fernandez (2006) tal como a forma de entender o acontecimento e a superfície e negar as intervenções em série e interpretações, que seriam intenções do segundo momento. Para Lancetti (1993), o foco é ajudar essas pessoas a produzir seus próprios enunciados sobre seu sofrimento e sobre sua vida.

Segundo Lancetti (1993), a transferência certamente influencia, mas não será com autoritarismo interpretativo que os sujeitos conseguirão repetir de modo diferente. A intervenção é produtiva na medida em que se coloca no tempo espaço grupal, ou seja, que não diz respeito ao indivíduo, mas ao enunciado.

O coletivo de profissionais possui um projeto de mudança que conecta o que acontece no grupo ao que acontece lá fora, ou seja, no campo social. Para Fernandez (2006), isso é importante porque o contexto social faz parte do grupal por ser um forte gerador de sentidos.

Além disso, afirma que os grupos de trabalho, de artes, oficinas, grupos produtivos, são grupos terapêuticos quando suscita movimentação libidinal. E os grupos terapêuticos na medida em que são dispositivos de produção de afazeres, de objetos, e de subjetividades, são grupos de trabalho.

As duas operações para formação são: deformação e conexão de ciências menores. É preciso experimentar as diferentes teorias e técnicas com a permanente capacidade de surpresa – daí que brota a paixão por raridade. Enfatizando a transdisciplinaridade que propõe, ele afirma: “Não é pouco o que podemos roubar da psicologia social operativa, do psicodrama, da psicanálise e fundamentalmente da esquizoanálise” (Lancetti, 1993, p. 171).

Trata-se de perder as esperanças a respeito de uma epistemologia única que dê conta dos fenômenos grupais e de um conjunto de prescrições técnicas que indiquem o que deve ser feito em cada situação. Uma vez que os processos grupais produtivos, os acontecimentos, não se deixam enquadrar

em um modelo único, exigem uma multiplicidade de saberes e uma experimentação permanente para seu entendimento.

Porém, Lancetti (1993) atenta que esse modelo paradoxal e de passagem ao limite, de transmutações, que difere das concepções essencialistas, não oferece as garantias e facilidades das técnicas tradicionais.

TERAPIA COMUNITÁRIA

“Ninguém liberta ninguém, ninguém se liberta sozinho:

Os homens se libertam em comunhão.”

(Paulo Freire, Pedagogia do Oprimido, p. 52)

Luisi (2006) apresenta a Terapia Comunitária (TC) como uma prática pautada no compromisso de atender grupos de pessoas organizadas numa comunidade². Pode ser realizada na própria região para facilitar o acesso e evitar problemas de deslocamento a locais distantes da moradia.

“Seu objetivo central é oferecer um espaço de expressão e escuta do sofrimento originado por conflitos pessoais, familiares e sociais motivados, principalmente, pela desigualdade social. Conflitos da ordem de transtornos psíquicos, doença grave e outros que demandem atenção individualizada, são encaminhados pelos terapeutas à rede de atendimento especializada. A Terapia Comunitária focaliza questões amplas de sofrimento na vida cotidiana das populações, especialmente desemprego, abandono, solidão, abuso de álcool e outras substâncias químicas, entre outros. As pessoas são atendidas coletivamente e ouvidas por todos os participantes. Cada sessão compõe uma terapia com começo, meio e fim, o que permite que o

² Ver discussão sobre o termo: Luisi, 2006, p. 21 – 36.

usuário a frequente enquanto entender que a terapia lhe é útil e/ou, dentro de sua disponibilidade de tempo para comparecer. Esta característica favorece a adesão de pessoas, que não sofrerão sanções caso não possam ou, não queiram comparecer. Cada sessão tem a duração aproximada de uma hora e meia. Funciona por etapas demarcadas e regras a fim de garantir um funcionamento adequado.” (Luisi, 2006, p. 19)

A frequência dos encontros é definida de acordo com a disponibilidade do espaço físico, tempo dos terapeutas e interesse da própria comunidade. Muitas vezes é uma prática oferecida como parte dos serviços de atendimento público e/ou privado, de instituições ou organizações diversas.

A autora analisa, a partir de uma pesquisa quantitativa, a relação entre os indicadores de pobreza e o risco de transtornos mentais. E percebe que os que mais necessitam são aqueles que tem menos acesso a recursos de tratamento. No campo da Psicologia Clínica, ela fala de mais um limite do modelo intrapsíquico dos consultórios privados, que é quanto ao atendimento das populações mais desfavorecidas.

“A Psicologia Comunitária é uma área da Psicologia Social que estuda a atividade do psiquismo decorrente do modo de vida do lugar/comunidade; o sistema de relações, representações, identidade e níveis de consciência e pertinência de indivíduos moradores de um determinado lugar ou comunidade.” (Luisi, 2006, p. 16);

“A Saúde Mental Comunitária visa promover a intervenção em diferentes redes de relações dos indivíduos como a família, amigos, vizinhos e a coletividade de forma geral, a fim de ampliar e apoiar as pessoas mais vulneráveis da comunidade que estejam vivendo uma situação de crise. A ampliação das redes favorece a redução e a prevenção de crises e também promove a melhoria da saúde e da qualidade de vida dos indivíduos.” (Luisi, 2006, p. 17).

Adalberto Barreto, partindo desse pressuposto teórico, desenvolveu essa prática, que é bem interessante para ser analisada aqui, a título de exemplo. Luisi (2006) conta que a Terapia Comunitária surgiu numa favela da

Fortaleza com grande número de pessoas em sofrimento, que procuravam tratamento psicológico. Inicialmente foram realizados atendimentos individuais, mas com a demanda crescente e a limitação em responder dessa forma, Barreto decidiu realizar os trabalhos diretamente na própria comunidade. Encontrou dificuldade no começo nessa forma de atendimento coletivo, em que não há controle de quem entra e sai, que ocorre num espaço novo e no qual o terapeuta experimenta o lugar de ser mais um dentro do grupo. Somado a isso enfrentava conflitos com os profissionais da área de saúde mental. Era um desafio sair do modelo tradicional de atendimento intrapsíquico e passar para a inovação, criando um modelo capaz de gerar autonomia das pessoas atendidas, respeitando as diferenças culturais a fim de aproveitar o conhecimento tácito para gerar competências, ajudando as pessoas a acreditarem em si mesmas e em sua autotransformação criativa. Estava sendo proposta “uma forma de atendimento em que os indivíduos pudessem sair mais fortalecidos para o enfrentamento da batalha social, um espaço de conversação dialógica no qual cada ser humano tenha a possibilidade de se reconhecer e reconhecer o outro.” (Luisi, 2006, p. 70) Essa prática, segundo a autora, tem-se mostrado uma poderosa forma de intervenção alternativa aos serviços oferecidos à classe média e aos pagantes de serviços privados, para as populações de baixa renda e encontra eco nos trabalhos de outros autores, também preocupados com a questão das adversidades sociais contemporâneas.

Barreto apoia a TC nas seguintes fundamentações e referências teóricas, conforme cita Luisi (2006). O pensamento sistêmico, que representa uma forma de ver, pensar e compreender o homem e o mundo a partir, primordialmente, da dinâmica emergente de suas relações, em constante transformação.

A Teoria da Comunicação, que diz que a comunicação é o elemento de interação, ligação entre as pessoas, podendo ser verbal ou não verbal, e que inclui uma mensagem com determinado conteúdo, cujo significado pode ou não ser compartilhado, o que depende da pontuação estabelecida, mas, além disso, a relação entre tais pessoas também influencia.

A pedagogia de Paulo Freire é incluída “como um dos alicerces teóricos da TC, na crença genuína de compreensão e respeito pelo indivíduo, na capacidade de construção de uma consciência crítica de realidade, no respeito à cultura e biografia de cada indivíduo e na capacidade de transformação social em direção à equidade e justiça social” (Luisi, 2006, p. 51). Luisi (2006) apresenta Paulo Freire como educador e cientista, mas sempre associado a seu caráter político de análise social com críticas aos mecanismos de opressão das camadas populares e à concepção de uma educação bancária, como se o saber e o conhecimento viessem de fora para dentro e vendo o educando em uma posição de ser e estar passivo diante do aprendizado, e assumindo a construção de uma relação dialógica de educação como prática da liberdade.

Para Freire (apud Luisi, 2006), a educação é troca, e o diálogo é o meio através do qual o homem adquire significação. Educando aprende com educador, e vice-versa, e todos uns com os outros. Educar implica, acima de tudo, amor e uma profunda crença no outro e em sua capacidade criativa. A autora relaciona tal postura com a Terapia Comunitária, onde o terapeuta tem que acreditar em cada indivíduo e em todos da comunidade, em seu poder criativo, autocurativo e transformador de si mesmo e da realidade ao seu redor. A comunidade tem força e saberes próprios, e o terapeuta articula, promove diálogo, reflexão e consciência. Com isso terapeuta e comunidade aprendem uns sobre os outros e todos sobre o mundo e a vida. A transformação só é possível através da consciência e do reconhecimento de si mesmo como sujeito reflexivo e ativo. O trabalho inclui educar a partir do repertório do educando, assim como só é possível compreender o indivíduo a partir de sua experiência, de seu universo.

A pedagogia da autonomia busca conscientizar através da construção conjunta de um pensamento crítico e reflexivo, compreender a realidade em redor, vislumbrá-la e permitir ações transformadoras dessa mesma realidade.

Outra fundamentação teórica é a Antropologia Cultural que se refere a uma compreensão do homem a partir de seu universo cultural e o valor que este representa na formação da identidade. Perceber a diversidade e pluralidade cultural no sentido de aceitação, convivência e partilha, valorizando

o diferente e identificando, reconhecendo e legitimando o saber local resultante da experiência vivida para que todos possam se sentir pertencentes a um grupo. Nas palavras de Barreto: “uns são ricos naquilo que o outro é pobre” (apud Luisi, 2006, p. 56)

E, por fim, a resiliência, que é um modo de empoderamento pessoal, familiar e comunitário, é um processo ativo de resistência, reestruturação e crescimento. Segundo a autora, compreender o significado dessa palavra e os caminhos possíveis para se trabalhar nessa direção favorece à formação de sistemas mais amplos, como as redes solidárias. Há contextos em que as pessoas estão mais vulneráveis a crises, mas crise é aqui entendida como perigo ou ameaça real que pode gerar sofrimento e ao mesmo tempo como oportunidade, possibilidade de aprendizado e de crescimento, pois uma crise pode, muitas vezes, preceder uma transformação.

O paradoxo da resiliência é que nossos piores momentos podem se transformar nos melhores, se pudermos aprender algo diferente que pode funcionar como um despertar para o que realmente tem valor.

Trabalhar na direção da resiliência é colaborar para que as pessoas possam se reerguer, enfrentar desafios e situações adversas, buscando elementos que possam favorecer a recuperação como um processo posterior ao trauma vivenciado. O tratamento é administrado externamente, mas a cura é um processo interior que está conectado à capacidade humana de se transformar a partir de suas referências.

A partir disso, Luisi (2006) afirma que a intenção é criar um espaço para partilha e escuta de experiências e histórias vividas, num clima de acolhimento e calor humano intensos, onde todos são co-responsáveis pela busca de soluções e superação das adversidades e dos desafios da vida cotidiana. Ao mesmo tempo, com intuito de fortalecer as relações humanas e construir redes solidárias de apoio social.

Essa prática, segundo a autora, descarta o saber científico como superior, mais importante ou valorizado, e a posição do terapeuta como

detentor desse saber, buscando compreender as competências de cada um para transformá-las em conhecimento e respeitando o saber das culturas e práticas populares, além de reconhecer o direito de cada indivíduo saber o que é melhor para si. Assim, o coordenador deve manter uma escuta aberta e fundamentar-se na postura do não-saber, buscando garimpar o saber da vivência das pessoas e as formas de condutas de convivência comunitária, oferecendo espaço para que encontrem suas próprias soluções criativas, e respeitando as individualidades.

O terapeuta comunitário se coloca junto com o grupo, numa posição de horizontalidade, valorizando a diversidade e cada uma dessas experiências trazidas pelos indivíduos. É aberto um espaço de expressão para as pessoas e deve-se apoiar a dinâmica interna do grupo, para que este possa descobrir seus valores e potencialidades e tornar-se mais autônomo e menos dependente. A partilha, então, ocorre de forma circular e cada pessoa torna-se terapeuta de si mesmo, a partir da escuta das histórias de cada um, de si mesmo e dos outros.

Hoje, o terapeuta comunitário é, para Luisi (2006), um ator social com um importante papel nos processos de mudança visto que sua principal função está atrelada a infundir nos participantes uma consciência social, e a compreensão de que eles têm problemas e a possibilidade de ressignificá-los por meio de uma nova consciência de si mesmos, do contexto social e da vulnerabilidade a que estão sujeitos. Há aproximadamente oito mil terapeutas comunitários no Brasil. A capacitação é feita através de cursos de formação, alguns oferecidos pela ABRATECOM – Associação Brasileira de Terapia Comunitária. A Terapia Comunitária tem um modelo simples, estruturado em etapas e regras delimitadas, permitindo capacitar um grande número de pessoas para esse trabalho, independente de curso superior especializado.

O encontro é dividido da seguinte forma: o momento inicial da sessão de acolhimento (que dura mais ou menos 7 min), onde o importante é bem receber, cuidar, com a função de criar um clima receptivo para as pessoas. Nesse primeiro momento, o coordenador explica o que é Terapia Comunitária e explicita as regras utilizadas, que favorecem o funcionamento adequado do

grupo. As regras são: fazer silêncio, ouvir o outro, falar somente da sua experiência, não dar conselhos, nem sermões ou fazer discursos. Pode-se sugerir músicas ou algo do conhecimento popular para acolher a história do outro, e deve-se respeitar as experiências de cada um. Todos podem fazer perguntas e têm o direito de não responder.

O segundo momento é de escolha do tema (10 min). Todos podem falar de seu sofrimento ou dificuldade que está vivenciando nesse período de forma breve, algo que perturba ou incomoda. As pessoas falam de si mesmas, as outras devem ouvir em posturas genuínas de escuta e acolhimento. São feitas perguntas para tornar mais claro para todos qual é a questão central trazida. Depois, por votação, é escolhido um dos problemas para ser trabalhado naquela sessão. É interessante perguntar o motivo da escolha, pois as pessoas votam em dificuldades semelhantes às suas próprias, e deixá-las falar sobre essa semelhança, favorece a identificação, isso a partir das ideias de que reconhecemos o que conhecemos. O terapeuta deve cuidar daqueles que não tiveram o tema escolhido, oferecendo-se para falar com eles ao final da sessão.

A próxima etapa é a contextualização (15 min), que tem por objetivo aprofundar a história escolhida. Os questionamentos são ferramentas que podem ser usadas para transformar a linguagem, originada pelo sofrimento, em reflexão sobre os seus próprios esquemas mentais. O terapeuta deve estar voltado para ajudar a pensar e rever conceitos pessoais, gerando novos padrões de conhecimento e comportamento e elaborar questões com maior probabilidade de gerar autoconhecimento, visando despertar a criatividade e autonomia das pessoas.

Em seguida, entra-se na problematização (45 min). Aqui o terapeuta agradece a pessoa que expôs seu problema, faz uma síntese e apresenta um mote para reflexão, articulando os diferentes níveis e procurando colocar certezas em dúvida. Então, sugere às pessoas que compartilhem situações semelhantes que exponham seus relatos de sofrimentos e de como fizeram para resolvê-los ou o que aprenderam com ele. Todos podem expressar como se conectam com aquela história, seja com dor ou conquistas. É importante

trazer dimensões afetivas, psicológicas ou sociais, com objetivo de passar de uma visão estática e linear do problema, para uma visão dinâmica e sistêmica da solução.

O momento final são os rituais de agregação e conotação positiva (10 min), no sentido de organização das emoções. As falas devem valorizar a coragem, determinação e sensibilidade, reconhecer a vontade e o empenho em superar tantas dificuldades. Em um clima de intimidade e afetividade, os participantes refletem e indicam o que estão levando desse encontro para casa. De novo podem ser utilizadas músicas ou poesias.

Ao final deve haver um espaço para atender alguém que procure o terapeuta individualmente. E, por fim, é de grande importância que a equipe faça uma avaliação da sessão e uma supervisão.

A Terapia Comunitária tem uma inserção importante no território das Políticas públicas, como o Programa Saúde da Família (PSF), capacitando agentes comunitários. Luisi (2006) afirma que um dos principais objetivos do PSF é gerar novas práticas de saúde, nas quais haja integração das ações clínicas e de saúde coletiva. Assim, a TC tem muito valor para as pessoas atendidas e para o serviço institucional como um todo, pois articula o programa com a esfera da saúde mental nos indivíduos.

Sobre os agentes comunitários de saúde, Lancetti (2009) fala da potência terapêutica do seu trabalho, por conseguirem construir vínculos especiais com os usuários principalmente pela proximidade e semelhança das condições de vidas. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) vivem na alma da periferia e estão articulados com a clínica praticada pelos médicos e enfermeiros, que busca defender a vida e, pela clínica da saúde mental, que busca reduzir internações psiquiátricas, o suicídio e o homicídio, e gerar uma subjetividade cidadã e livre. São trabalhadores afetivos e sua potencialidade terapêutica está na capacidade de incidir nos processos de subjetivação. Seu trabalho tem uma função preventiva e nesse sentido fica bastante próximo da TC.

O autor relata algumas experiências onde se faz caminhadas com os pacientes, exercendo uma espécie de acompanhamento terapêutico. Na prática, segundo o autor, eles operam constantemente em tensão na experiência da clínica antimanicomial ou praticada no dia-a-dia da produção de saúde mental.

O surgimento do Sistema Único de Saúde, enquanto serviço, trouxe valiosas mudanças para a área da Saúde Pública e os ACS são peças preciosas dessa máquina que é o SUS, em virtude de sua condição paradoxal – são ao mesmo tempo membros da comunidade e integrantes da equipe de saúde, da organização sanitária, polícia médica revolucionária. Para Lancetti (2009), assim como a organização sanitária, são o dedo do Estado na comunidade, entram nos territórios, educam, promovem a tolerância e infinitos empreendimentos coletivos, no sentido da velha prática médica, pois se inserem no ambiente doméstico, íntimo e no território existencial das pessoas; mas de um Estado constituinte por produção biopolítica, exercem uma ação revolucionária porque ali onde apenas a mídia se insere como componente da produção de subjetividades, com suas consequências infantilizantes, os ACSs criam “germes”, “o comum”. O comum é definido pelo autor baseado na comunicação entre singularidades e se manifesta nos processos sociais de cooperação e produção. Ou seja, os ACS levam ações e paixões coletivas, solidárias, e tecem fio a fio redes microssociais de alto poder terapêutico, surfam no controle. E uma das formas pelas quais eles fazem isso e tecem redes é a TC.

A estratégia do PSF, para Lancetti (2009) nos permite conhecer agrupamentos familiares distintos. E nos ajuda a nos aproximar dessa cultura, como a TC propõe, para valorizar os saberes e a força dessa população. Lancetti (idem) observa que os tratamentos particulares, de famílias burguesas, possuem redes muito menos ricas que as construídas nas vilas e territórios populares. E a TC traz uma forma de valorizar e investir nessas redes comunitárias. A ideia para o autor não é defender um tipo de estrutura familiar e de vida, mas ativar o comum. E ele conclui dizendo que é nisso, nessa alma comum e comunitária, que está radicada a potência terapêutica dos ACS.

O fato dos ACSs estarem coordenando um grupo representa um encontro entre duas pessoas da mesma comunidade, respondendo de outra forma a questão levantada no início do trabalho.³

A Terapia Comunitária veio como exemplo nesse trabalho para salientar algumas características da clínica do fora, que não se restringe necessariamente ao trabalho com a loucura, já que podemos observar traços em comum dessa prática com outras que estão sendo analisadas nesse trabalho no sentido de ampliação da clínica, como por exemplo a capacitação de outros profissionais, o setting mais aberto, e a postura diferenciada do terapeuta.

³ Ver p. 13.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Como investir na autonomia e não na infantilização dos sujeitos, como suscitar em suas vidas o acontecimento inédito, como introduzir a surpresa, senão pela ascendência afetiva, entrando com o próprio corpo, mobilizando o entorno, inventando conjuntamente uma linha de fuga, um agenciamento coletivo?”

Peter Pal Pelbart.⁴

Pal Pelbart (2009), ao apresentar a Clínica Peripatética, de Lancetti, nos traz elementos para pensar a clínica do fora, tal como vínhamos nos propondo. Uma clínica praticada em movimento, uma nomadização da clínica, que emerge a partir da falência das instituições de reclusão; ou seja, clínica praticada fora dos espaços de reclusão convencionais, com o que se inauguram outras formas de engate terapêutico, bem como outras possibilidades de conexão com os fluxos da cidade e da cultura.

Pelbart (2009, p. 12) diz que “isso tudo pode ser fácil de dizer, e até sedutor de enunciar, mas é difícilimo fazer”, pois “não há fórmula mágica, mas tentativa e erro, destemor e paixão”. Porém, preocupado em não cair num pessimismo exagerado, o autor nos lembra que apesar do fato de que a prática da psicologia ainda ocorre maciçamente nos esquemas tradicionais, de consultório, nada está determinado, pois vemos mudanças importantes ultimamente; citando Guattari: “Estamos, ao mesmo tempo `presos numa ratoeira´ e destinados às mais insólitas e exaltantes aventuras.” (apud Pal Pelbart, 2009, p. 14)

As práticas citadas aqui são consideradas o outro da clínica por seu papel de alteridade, com o intuito de desterritorializar o contexto e o setting, habitar o limite e a tensão, investir na força, fazer reversão nos hábitos clínicos consagrados, com seus paradoxos e riscos.

⁴ No prefácio do livro: Lancetti, António. Clínica Peripatética, 2009.

São dispositivos de atenção e cuidado em saúde mental que se relacionam com outros tipos de serviços de saúde, interligados em uma espécie de rede. Além disso, envolvem uma atuação no mundo e nas relações dos usuários, e não apenas uma atuação com o indivíduo. Possuem também uma preocupação com os mais desfavorecidos, os excluídos, o diferente. É uma outra clínica que se insinua, cujos contornos mínimos estão esboçados, centrada nos percursos, nas articulações com o fora, nas conexões, nos planos de consistência que se conquistam.

Ao lutar contra a produção homogeneizante de subjetividades, num contexto de desterritorialização generalizada, procuramos inventar linhas de fuga e investir nas existentes, aptas a relançarem o movimento na direção de outras possibilidades de subjetivação. Assim, refletimos sobre algumas experiências clínicas inovadoras, que acompanham essa busca, e estão abertas à exterioridade, nessa perspectiva a clínica do fora não tem necessariamente a ver com sair de um lugar físico, mas sair de um lugar instituído.

Rolnik (2006) ao discutir a questão do interno e externo, nos ajuda a pensar que o sair das instituições, o ir para fora, não é necessariamente uma questão de espaço físico. Em suas palavras:

“O fora de que está tentando se aproximar é um aquém ou além dos contornos visíveis e dizíveis do mundo objetivo e subjetivo; um aquém ou além também da representação. Isto não quer dizer que se situe fora do mundo; na verdade, é uma dimensão desse mundo, tão real quanto.” (Rolnik, 2006, p. 85).

Neste sentido, Rolnik (2006) observa que o território clínico tradicional é marcado por um modelo neurótico de subjetivação. Uma espécie de domesticação das forças do fora onde são anuladas suas condições de desconhecido e o estranhamento que essa condição provoca, neutralizando-se, assim, seus efeitos disruptivos.

O fora que está sendo explorado é esse “processo incessante de hibridações decorrente da mistura de forças antigas e novas, ele tende a convulsionar os espaços constituídos, produzindo mutações irreversíveis. Em

outras palavras, o fora é uma dimensão da realidade que incuba terremotos que mais cedo ou mais tarde acabarão por se manifestar.” (Rolnik, 2006, p. 86) E é sensato enfatizar que transportar-se concretamente para fora não garante uma sensibilidade ao fora e uma capacidade de acolher a dor da desestabilização.

Com o deslocamento da clínica para a fronteira, a que se refere Rolnik (2006), entraram em jogo em sua prática muitos ambientes e forças que se agitam nesses espaços, que não costumavam integrar o território clínico. O terapeuta tem que, então, construir um modo de trabalhar mais de acordo com tudo isso que o habita, para garantir a consistência de seu trabalho. Isso quer dizer que o terapeuta dessa clínica do fora se vê obrigado a ampliar em sua própria subjetividade a capacidade de vibração em relação às intensidade desse fora porque os próprios pacientes, que são acompanhados, muitas vezes obrigam-no a enfrentar e problematizar esse fora.

Esse processo é definido pela autora como um ir para fora de nós mesmos, e nos tornarmos “um sempre outro”. A subjetividade passa a ser permeada por esse dentro e fora indissociáveis e, ao mesmo tempo, inconciliáveis.

Porém, ao retornar nosso olhar para o consultório pudemos observar que esse lugar também não esteve isento das forças do fora. Os efeitos desse modo de trabalhar atingem o consultório, e o que se encontra ali não é mais a velha paisagem clínica conhecida; evidentemente, a dobra do consultório não escapa da erosão das forças do fora, e o deslocamento para a fronteira com certeza provocou também aí conturbações, que, curiosamente o deixaram mais analítico do que nunca.

Ou seja, a exterioridade da clínica não está apenas do lado de fora das salas dos consultórios ou das instituições hospitalares, mas ela se refere a todas as forças instituintes desse fazer. A clínica do fora não se restringe ao movimento de ir para fora, mas se amplia para deixar que o fora invada e esteja ali dentro das instituições e das subjetividades.

O terapeuta se coloca em outra posição diante do sujeito diante dele, assim como a teoria também tem outro lugar. É isso, em verdade, que caracteriza a clínica do fora, uma mudança de paradigma e uma democratização das relações interpessoais.

O lugar dessa clínica, analisa Rolnik (2006), deixa de ser o fora, ou a fronteira; mas, é uma espécie de nomadismo permanente que se faz - não entre os espaços constituídos de teorias e práticas clínicas, mas entre dobras da clínica que se produzem ao sabor do acaso, incluindo marcas de dobras anteriores, apropriadas por novas relações de força. A escuta do fora desterritorializou, não só os espaços, mas também as fronteiras. O terapeuta não é mais o habitante do espaço fronteiro entre o interior das instituições e dos espaços instituídos da clínica, e o exterior, a cidade; ele se torna habitante do tempo, nômade entre as dobras.

Em nossa perspectiva, isso é condição para obter os efeitos clínicos do seu trabalho. Investir em cartografias teóricas e técnicas ou na hegemonia de qualquer modelo seria paralisar a paisagem, estancar a vida, adoecer. A função analítica é exercida nos mais variados contextos, portanto, o que define o caráter analítico não é nenhum de seus territórios com seus respectivos mapas, mas, fundamentalmente, é o exercício experimental de uma função que incide nos emperramentos da processualidade potencial do desejo. Isso torna essa prática uma arte da invenção e da experimentação.

Por fim, coloco uma citação para enfatizar que nada garante que estar na rua é estar no fora, afim de nos provocar para que estejamos atentos aos riscos que esse novo fazer tem de cair numa mesmice sem fim:

“é prudente precaver-se do perigo de constituir na rua um novo dentro absolutizado, uma nova insensibilidade às reverberações das diferenças que se engendram no fora da subjetividade. Perigo de parar de nomadizar no tempo e de sedentarizar-se numa nova seção de supermercado de saúde mental, para a infelicidade de nossos pacientes e de nós mesmos.” (Rolnik, 2006, p. 95)

Concluindo, a proposta é, em todos os espaços, na rua e também no consultório, desgarrar-se também da parafernália de que dispunha em suas interpretações, assumindo uma posição singular, mas não solitária; guiar-se por sua ética, ouvir os híbridos gerados ao sabor do acaso; embarcar nas linhas de tempo que eles anunciam; investir experimentalmente novas dobras teóricas e técnicas. Praticar, também ali, e em todos os lugares, um clínica nômade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. “Clínica, Política e as modulações do capitalismo”. In Revista *Lugar Comum*. Rio de Janeiro, ISSN 14158604, n. 19-20, pp. 159-171, jan-jun de 2004.

BEZERRA JUNIOR, Benilton. “A noção de indivíduo: reflexão sobre um implícito pouco pensado”. Dissertação de mestrado ao Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1982.

BIRMAN, Joel. Entre o cuidado e o saber de si – Sobre Foucault e a psicanálise. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2000.

DELEUZE, Gilles. *Foucault*. São Paulo: Brasiliense, 2005.

FERNANDEZ, Ana Maria. O Campo Grupal: Notas para uma genealogia. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FIGUEIREDO, L. C. “Quem é o Psicólogo Clínico?”, 1944. In *Revisitando as Psicologias*. São Paulo: EDUC, 1995.

FOUCAULT, Michel (1980). *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998.

FOUCAULT, Michel (1979). *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1982.

FOUCAULT, Michel (1972). *A História da Loucura*. São Paulo: Editora Perspectiva, 1995.

FOUCAULT, Michel (1971). *O pensamento do exterior*. São Paulo: Princípio, 1990.

GERGEN, Kenneth J.; KAYE, John. “Além da Narrativa na Negociação do Sentido Terapêutico”. In MCNAMEE, Sheila; GERGEN, Kenneth J. *A*

Terapia como Construção Social. São Paulo: Artes Médicas, 1995. p. 201-222.

LANCETTI, António. *Clínica Peripatética*. São Paulo: Hucitec, 2009.

LANCETTI, António. “Clínica Grupal com psicóticos”. In Lancetti, Antonio (org) *SaúdeLoucura número 4 – grupos e coletivos*. São Paulo: Hucitec, 1993.

LAX, William D. “O Pensamento Pós-moderno na Prática Clínica”. In MCNAMEE, Sheila; GERGEN, Kenneth J. *A Terapia como Construção Social*. São Paulo: Artes Médicas, 1995.

LIMA, Elizabeth. *Terapia Ocupacional e filosofia da diferença: pensando uma clínica dos agenciamentos*. Tese de pós-doutorado em psicologia clínica na PUC-SP. São Paulo, 2006.

LUISI, Liz Verônica Vercillo. *Terapia Comunitária: Bases Teóricas e Resultados Práticos de sua Aplicação*. Tese de Mestrado em Psicologia clínica PUC-SP. São Paulo, 2006.

MUCHAIL, Salma T. “Foucault: uma introdução”. In *Transformação*. São Paulo: Universidade Estadual Paulista, volume 3, p. 127-140, 1980.

NASCIMENTO, Maria L.; TADESCO, Silvia. “Conectando Clínica e Política”. In NASCIMENTO, Maria L.; TADESCO, Silvia (orgs). *Ética e Subjetividade: novos impasses do contemporâneo*. Porto Alegre: Editora Sulina, 2009.

PALOMBINI, Analice de Lima. “Acompanhamento terapêutico: dispositivo clínico-político”. In *Psyche (Sao Paulo)*, São Paulo, v. 10, n. 18, set. 2006. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382006000200012&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 30 jan. 2011.

PALPELBART, Peter. “Prefácio”. In: LANCETTI, António. *Clínica Peripatética*. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 11-14.

ROLNIK, Suely. "Clínica Nômade". In: Crise e Cidade: acompanhamento terapêutico / org. Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Instituto A Casa. São Paulo: EDUC, 1997. p. 83 -97

SILVEIRA, Ricardo. Fronteiras do Terapêutico: a mutualidade em questão. Dissertação (Mestrado em Psicologia (Psicologia Clínica)) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Orientador: Suely Belinha Rolnik. 1996.

YASUI, Silvio. *Rupturas e Encontros – desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.