

# 13

## CLÍNICA NA RUA: ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO E PSICANÁLISE

*Beatriz Helena Martins de Almeida*

### **Origens e pressupostos**

As origens do Acompanhamento Terapêutico remontam ao movimento da Reforma Psiquiátrica na Europa, influenciado pela Psicanálise, pela Análise Institucional e pela Esquizoanálise. Essa clínica formalizou-se como tal na Argentina, na equipe de Eduardo Kalina, e chegou ao Brasil através de psicanalistas argentinos que deixaram seu país na época da ditadura.

No início, poderíamos arriscar que a clínica do Acompanhamento Terapêutico estivesse de alguma forma referida à Psicanálise, no que diz respeito ao pressuposto teórico e ao atendimento de pacientes oriundos de longas internações psiquiátricas. No entanto, logo foi se configurando como uma estratégia para evitar novas internações, num trabalho em rede com outros dispositivos como hospitais-dia, centros comunitários e residências terapêuticas, estando articulado com outros profissionais da saúde mental.

Com o tempo, esse dispositivo clínico foi se alargando para o atendimento de idosos, menores de rua, jovens prostituídas, pacientes terminais, pessoas que sofreram AVC, pacientes neuróticos com episódios de crises depressivas ou de angústia (ansiedade e pânico) etc. Observa-se neste público a marca da exclusão social, total, parcial ou temporária, o que nos deixa pressentir que são casos em que há um constrangimento desses sujeitos em relação ao laço social. Assim, passa-se a dizer que o Acompanhamento

Terapêutico se alinha entre as práticas de inclusão social que fazem parte do escopo da Reforma Psiquiátrica.

Se em sua origem o Acompanhamento Terapêutico estava alinhado à Psicanálise, atualmente verifica-se que essa clínica vem sendo praticada nas mais diversas abordagens teóricas que participam da Psicologia. Por exemplo, é comum que terapeutas cognitivos comportamentais contratem estudantes de psicologia, como acompanhantes terapêuticos, para a aplicação do método ABA em crianças autistas, trabalhando assim de modo diametralmente oposto a um acompanhante terapêutico orientado pela Psicanálise.

A expansão do Acompanhamento Terapêutico para outras linhas teóricas passa a exigir desse dispositivo clínico a orientação por um referente teórico que justifique sua clínica e circunscreva seu campo e sua ética.

## Inclusão social

Não raro, escutamos definições do Acompanhamento Terapêutico como sendo uma prática de inclusão social. O que não é sem problemas.

Vejamos na clínica como essa questão se apresenta. Mendonça, acompanhante terapêutico brasileiro radicado em Madri há muitos anos, recorta este fragmento clínico num texto cujo título, “O social é um lugar que não existe”, já introduz o paradoxo da questão:

*En cierta ocasión, los padres de un paciente solicitaron un Acompañamiento Terapéutico para su hijo. Fundamentalmente, se quejaban de que Carlos estaba todo el día en la cama y no hacía nada. Empezamos el Acompañamiento Terapéutico, y ya en los primeros encuentros me di cuenta de que sobre todo la madre estaba constantemente estimulando a su hijo para que hiciera algo; y eso que ya le había obligado a recibir clases de tenis y piano. El Acompañamiento también había sido algo impuesto, y la madre constantemente pedía (y hasta intentaba ordenar) que yo*

*estimulara al paciente para que hiciera algo. Aquí ya tenemos un ejemplo de qué quiero decir cuando hablo de lo social psiquiatrizante. Hay ciertas madres que, debido a su alto grado de ansiedad, tienen la necesidad de estar constantemente estimulando a su hijo, pues sienten que sin esa estimulación el niño se va a morir, o no se va a desarrollar y ser independiente. Sin embargo, es justamente esta dinámica de sobrestimulación la que le impide al niño descubrir sus intereses y existir por sí mismo. Algo muy parecido pasaba en la relación entre esta madre y Carlos, de modo que, cuando éste último estaba en el club, recibiendo sus clases de tenis, en realidad estaba inserto en lo social psiquiatrizante, porque no era él (Carlos) quién estaba ahí, sino su madre. Mejor dicho: Carlos sólo podía existir y hacer cosas bajo la condición de objeto de la demanda materna. Sin embargo, en pocas semanas el paciente dejó las clases de tenis y piano y volvió a meterse en la cama, lo cual me pareció que estaba bien. Es decir: su única forma de defenderse de la demanda materna, y afirmar su existencia en cuanto persona, era metiéndose en la cama; porque eso era lo único a lo que no le estimulaba su madre. El problema es que ahí se cerraba un círculo vicioso: para existir, tenía que no hacer nada; pero al no hacer nada, su existencia no tenía sentido. (Mendonça, 1999)*

Introduzir a clínica no ideal de cidadania tem toda a sua importância, visto que a noção de cidadania funda-se no universal, igual para todos. No entanto, as psicoses nos confrontam com a diferença radical. Cito Tenório (2002):

Penso que o essencial da reforma são as práticas de cuidado destinadas aos loucos, visando à manutenção do louco na vida social e visando a que ele possa, nos constrangimentos impostos por sua condição psíquica, exercer-se como sujeito. A isso chamo de clínica. E a clínica é uma ação social. (...) A expressão “problema social da loucura” e a atribuição à psicose de um caráter refratário ao laço social não contêm juízo de valor nem engendram algum tipo de cinismo. A chamada loucura é, para o corpo social, um problema. Em certa medida, a loucura é justamente aquilo que aparece no corpo social como não redutível a outras categorias que tentam dar conta da diferença, dar conta do que aparece como incomodamente dissonante. Pode-se mesmo dizer

que aquilo que aparece na cultura como diferença irreduzível é chamado de loucura — formulação que já nos faz perceber que a pretensão de harmonizar loucura e sociedade é problemática em si mesma. (...) A adesão aos valores da reforma, contra a segregação social da loucura, não implica qualquer romantização da loucura e não deve nos impedir de reconhecer a tensão contida no binômio sociedade-loucura. Reconhecer aí a base de nosso trabalho é um passo importante para que possamos fazê-lo com eficiência e para que possamos orientar eticamente nossas ações. É nessa tensão mesma que trabalhamos — somos, à nossa revelia ou não, agenciadores dessa tensão.

Ações de cidadania que se traduzem em benefícios para os sujeitos ditos portadores de “necessidades especiais”, bem como leis que franqueiam o acesso a vagas em escolas regulares, nas universidades e no mundo do trabalho, bem como em centros de convivência, de lazer e de esportes, são fundamentais, mas não suficientes para garantir a inclusão de tais sujeitos.

O acompanhante terapêutico se oferece como uma presença que se dialetiza em presença e ausência e cumpre a função ao mesmo tempo de lugar de endereçamento, de testemunha e de secretariado.<sup>1</sup> Nesse sentido, podemos pensar o trabalho do acompanhante terapêutico como atuante ao mesmo tempo com o sujeito e com seu entorno social.

Por um lado, o acompanhante terapêutico ocupa um lugar de mediação no sentido de sensibilizar familiares, professores, gerentes, colegas, comunidade para abrir espaço de pertinência para os sujeitos que se apresentam como diferentes. E, por outro lado, a escuta clínica favorece que tais sujeitos alcancem uma construção de metáfora delirante ou uma amarração pelo *sinthome*, como uma produção singular, permitindo ao sujeito que se reconheça e se faça reconhecer em sua singularidade.

Assim, é fundamental considerar que a participação social de sujeitos psicóticos não se alcança através de soluções universais.

---

1. Referência ao “secretário do alienado” sugerido por Lacan no Seminário *As Psicoses*.

É preciso, portanto, sustentar o paradoxo de que nas psicoses as propostas universalizantes não incluem, excluem. É preciso sustentar o paradoxo de que oferecer oportunidades iguais a sujeitos psicóticos é dar a eles voz e lugar desde a sua posição radicalmente singular, diferente.

O desafio da cidadania do louco exige, tanto quanto a intervenção e o questionamento cultural e social mais amplos, o enfrentamento artesanal de cada situação, da particularidade de cada sujeito e de cada momento de sua trajetória. Essa prática singular junto ao paciente é a clínica, mesmo que consista em uma intervenção mais ampla, acompanhando o sujeito para além dos espaços tradicionalmente descritos como clínicos. (...) O desafio da cidadania do louco é o de como ela pode se realizar concretamente na vida de cada um, o que traz como exigência a sustentação de práticas singulares de cuidado e acompanhamento do sujeito. (Tenório, 2001, p. 24)

Este é o desafio das políticas de inclusão: incluir pela diferença. E inclusão é algo que se verifica pelos seus efeitos no laço social.

## Fora / Foraclusão

O Acompanhamento Terapêutico é um dispositivo clínico que rompe com os muros e ganha as ruas. O primeiro livro sobre Acompanhamento Terapêutico publicado no Brasil chama-se *A rua como espaço clínico*.<sup>2</sup> Uma marca distintiva do Acompanhamento Terapêutico é ser um dispositivo clínico que se realiza *fora* dos espaços tradicionais de tratamento, consultórios, ambulatorios, instituições etc. O Acompanhamento Terapêutico rompe com o *setting* tradicional de tratamento, no que se refere

---

2. Equipe de acompanhantes terapêuticos do Hospital-Dia A Casa (Orgs.). *A rua como espaço clínico: acompanhamento terapêutico*. São Paulo: Escuta, 1991.

ao espaço e ao tempo. O local, a duração e a frequência dos encontros para o Acompanhamento Terapêutico são definidos em cada contrato.

Dizer que o Acompanhamento Terapêutico acontece *fora* pode ser associado ao mecanismo próprio às psicoses: a foraclusão.

A respeito do mecanismo da foraclusão, cito Rabinovitch (2001):

A foraclusão (...) não define apenas um modo de defesa do sujeito, localizável no aparelho psíquico, ao lado dos outros mecanismos; não define apenas a operação de uma negação constitutiva do sujeito, mas instaura um lugar exterior ao sujeito e distinto daquele do retorno do recalcado: o “fora”. (p. 21)

Quinet (2006) afirma que, “no caso da psicose, a via régia do inconsciente é a rua (...) as loucuras notívagas do sonho são vividas na rua em plena luz do dia” (p. 47), e isso equivale a dizer que o inconsciente nas psicoses está a céu aberto, está à flor da terra. Isso quer dizer que o Outro persecutório ou da erotomania do sujeito psicótico está na rua, encarnado nos seus semelhantes, daí decorrerem situações dramáticas de passagens ao ato, em episódios de agressividade consigo próprio ou com seus semelhantes, bem como observar-se, frequentemente, a reclusão voluntária de alguns psicóticos, como a maneira de se protegerem das agruras presentes no espaço social, no cotidiano, no trabalho. Reclusão dentro de suas próprias casas e, quando não suficientes, em internações hospitalares.

É daí que se conclui que a psicose, por estrutura, tem um caráter refratário ao laço social.

Acompanhei durante anos uma senhora que não saía à rua “em defesa de sua vida”, já que recolhera inúmeros sinais que comprovavam para si os riscos que corria na rua. Foram anos de trabalho e de construção delirante para dar sentido às perdas irreparáveis que sofrera.

Outra acompanhada sabia — mesmo morando próximo a um estádio de futebol — que, quando um helicóptero sobrevoava sua casa, era para que seu braço caísse, e a cada vez que entrávamos em lugares em que havia pessoas rindo, ela interpretava que

as pessoas estavam rindo dela, e as que saíam do local, era porque ela havia chegado.

Quinet ressalta que o inconsciente na psicose está na rua, e isso justifica que a clínica ocorra na rua, ali onde está o inconsciente do sujeito.

Confesso que, ao escrever assim, essa ideia me parece um tanto singela e até engraçada, e por isso merece alguns esclarecimentos.

Tomando como referência o esquema L, tal como proposto por Lacan e desenvolvido por Quinet na análise de sujeitos neuróticos o uso do divã favorece o apagamento do imaginário, favorece contornar o muro do imaginário, permitindo emergir o discurso do Outro, permitindo assim, ao sujeito, que ele possa interrogar sua própria posição em relação ao desejo do Outro, “para que a análise ocorra no eixo simbólico entre S e A, lá onde se encontra o objeto” (Quinet, 2000, p. 39).

A utilização do divã é, pois, uma modalidade da regra de abstinência: um não ao gozo pulsional na análise. (p. 41) (...) Daí o divã ser um corte no olho a olho, nesse corpo a corpo das entre-vistas preliminares. Esse corte na reciprocidade implica uma postura ética, pois não há simetria entre o sujeito e o Outro, cuja relação deve ser favorecida. (p. 42) (...) Essa distância é possível ao neurótico pois ele sabe, de alguma forma, que a transferência enquanto repetição é erro de pessoa e que o Outro não existe. No caso de psicose, a não disjunção da pessoa do analista e a figura do Outro implica uma transferência em que, contrariamente à neurose, não há erro, mas acerto encontro. (p. 44)

Ainda em relação ao esquema L, Julien (1999) esclarece o que acontece com o psicótico quando uma crise é deflagrada: “A relação imaginária (...) existe, porém de tal maneira que ela exclui a outra relação. A diagonal  $a'$ —a fecha, obtura a relação A—S” (p. 23).

Demonstra-se, assim, que na emergência da psicose não há como contornar o muro do imaginário, pois que o pequeno outro, o semelhante, comporta a dimensão do Outro, e o sujeito comparece aí assujeitado como objeto de gozo do Outro. Nesse sentido, é preciso operar na dimensão imaginária mesma, considerando

que é preciso, portanto, dobrar a atenção em relação à abstinência do analista, o qual precisa calcular sua “atenção corpo-flutuante” de modo a dirigir o tratamento no sentido da emergência de efeitos de sujeito do lado do acompanhado, ou seja, de criar uma escansão entre o eixo imaginário e o eixo simbólico.

Assim escreve Porto (2015), acompanhante terapêutico:

Trata-se de uma espécie de “atenção corpo-flutuante” que ele [acompanhante terapêutico] também desenvolve para poder escutar o acompanhado nos mais diversos lugares: o “aparelho de escutar” é o corpo inteiro, e a fala escutada, para além das palavras, é o cotidiano na geografia do mundo. (p. 22)

Vejamos como opera a geografia do mundo nessa clínica do cotidiano com uma paciente paranoica.

### Um caso de paranoia:<sup>3</sup> Carlota e a limpeza do passado

Quando comecei a acompanhar Carlota em seu apartamento, ela já não saía fazia cinco anos, em defesa da própria vida, em consequência de seus delírios persecutórios.

Às vezes, dona Carlota ficava de luto, vestida toda de preto e de óculos escuros. Não costumava declarar a razão de seu luto, mas, ao longo de nossos encontros, algumas vezes dizia ter recebido a notícia da morte de alguém conhecido, mesmo que não fosse uma pessoa próxima; outras vezes lamentava-se de uma perda, sem identificá-la, e ainda outras denotava a perda de um ideal ou se enlutava em função de algum acontecimento. Certo dia, tristíssima, quase chegando às lágrimas, me confidenciou em segredo que estavam matando mulheres em hospitais, e que faziam isso,

---

3. Este caso clínico foi desenvolvido no texto “A mulher que não existe no laço social: um caso de paranoia”, publicado na revista *Estilos da Clínica* (2005) e está disponível em versão eletrônica in <https://acompanhamentoterapeutico.com/2013/06/05/a-mulher-que-nao-existe-no-laco-social-um-caso-de-paranoia/>



deliberadamente, porque essas mulheres estavam cozinhando em panelas de ferro.

Quando eu a acompanhava havia já pelo menos uns três ou quatro anos, durante um de nossos lanches da tarde, ou talvez em meio a uma de nossas partidas de xadrez — cujas regras “inventávamos” —, contei a ela que o supermercado *Eldorado* tinha se tornado *Carrefour* e que a *Mesbla* já não existia mais, assim como o *Mappin*, faliram. Carlota ficou pasma e passou a me perguntar sobre alguns lugares que costumava frequentar em seu cotidiano passado. Assim, perguntou a respeito da doceria *Duomo*, pois adorava a bomba de creme e chocolate, perguntou de um armário que ficava ali..., bem ao lado de não sei onde, do lado esquerdo da rua... E, assim, colocou-se num trabalho de rememoração e de pequenos pedidos esparsos para que, se eu passasse em tal ou qual lugar, lhe trouxesse alguns objetos bem específicos que ela costumava comprar.

Paralelamente a isso, Carlota empenhou-se no árduo trabalho de limpeza de armários e estantes, jogando muitas coisas fora, fazendo todo um trabalho de rememoração, através das lembranças que essas coisas iam lhe trazendo, buscando deixar essas coisas para trás, compreendendo-as como fazendo parte de seu passado, o que ela chamou de “trabalho de limpeza do passado”. Contou histórias sobre sua vida, construiu algumas respostas para seus enigmas, que envolviam questões delicadíssimas como a morte de seu pai e a morte de seu filho, sobre as quais não havia falado uma só palavra até então, e ao final de alguns encontros dizia: “hoje você me conheceu melhor”.

O que anteriormente era interpretado delirantemente por ela como a acompanhante lhe arrancando histórias e informações a serem transmitidas a alguém que a exploraria passou a ser significado como limpeza do passado. Trabalho difícil e necessário, que permitia a Carlota avançar em direção a uma construção mais eficiente de seus delírios, sobre os quais falava desde o nosso primeiro encontro. Embora aparentemente desconexa, a clínica nos permite deduzir a relação entre simples intervenções sobre o cotidiano do sujeito, a rememoração e a construção de

sua própria história, e uma economia sobre o delírio, que lhe permitia se reposicionar subjetivamente e significar sua existência a partir de referentes mais consistentes tanto para si como para dar sustentação aos possíveis laços sociais.

Defendo a clínica do Acompanhamento Terapêutico, nos casos de psicose, como experiência que se realiza pela Psicanálise e recolhe efeitos de suplência e estabilização. No entanto, sempre achei a experiência clínica de acompanhamento terapêutico com neuróticos constrangedora, mesmo no caso de neuroses graves. Me parece que nesses casos o acompanhante terapêutico possa intervir no sentido mesmo de orientar o sujeito ao consultório do analista. No entanto, me recordei de um caso que supervisionei e que me fez hesitar por um instante.

### **Um caso de neurose: a ética de não dizer o bem que cabe ao outro**

Ricardo foi um acompanhante terapêutico que pediu para realizar o estágio do curso de formação em Acompanhamento Terapêutico no interior, onde morava. A equipe do hospital psiquiátrico público de sua cidade aceitou a parceria, mas demorou muito para escolher um paciente que julgasse beneficiar-se da oferta de atendimento. Curioso é que, dentro de um hospital psiquiátrico público, o que mais tem são pacientes psicóticos com carência de mais atendimento. Para nossa surpresa, a equipe do hospital escolheu uma jovem que não se enquadrava no perfil dos internos do hospital, com a qual não sabiam o que fazer.

A moça, então com 17 anos, vinha de um abrigo, do qual fora “expulsa”. Sua convivência com as outras crianças e jovens abrigadas era insustentável, pois ela era agressiva e manipuladora. Foi assim que a Vara da Infância e da Juventude (VIJ) decidiu deixá-la no hospital psiquiátrico até os dezoito anos, quando perderia a tutela do Estado e seguiria sua vida como bem lhe aprouvesse.

A moça estava no abrigo desde os cinco anos de idade, ocasião em que sua mãe, com quem morava, foi presa, por ter

participado com um namorado de um assalto. A mãe cumpriu pena de aproximadamente quatro anos e, vendo-se livre, tratou de tentar reaver sua filha. No entanto, as assistentes sociais da VIF achavam que não seria bom para a garota reencontrar a mãe. A mãe, por sua vez, impedida de ver a filha, revoltava-se e dava escândalos nas repartições onde era barrada, e assim fechava o círculo vicioso que a comprovava como inapropriada e agressiva.

Quando Ricardo entrou no caso, a equipe do hospital estava angustiada, porque não via condições de a moça, perdendo a tutela do Estado aos dezoito anos, seguir sua vida por conta própria. Já as assistentes sociais da VIJ pensavam em interditar-lá, para mantê-la sob tutela e colocá-la morando numa residência terapêutica junto com pacientes psiquiátricos egressos de internações de longa duração, o que nos escandalizou.

A menina de fato mobilizava toda a equipe. Ela, que dentro de um hospital psiquiátrico tinha um quarto cor-de-rosa com bichos de pelúcia, como castigo pelas confusões que aprontava era vez ou outra transferida para a ala dos mais graves, sem nenhum privilégio.

O diagnóstico frente a sua posição simbólica era fácil: um caso de histeria.

As saídas de Ricardo com a moça incluíam passeios pela cidade, a frequentar lanchonetes e padarias. E, como até essa idade, estando institucionalizada, nunca tivera a oportunidade de escolher e de comprar nada para si própria, as saídas incluíam também algumas lojas onde ela poderia comprar coisas de mulher, como lingerie, xampu, maquiagem, acessórios femininos e até algumas roupas. As pequenas contas era Ricardo quem pagava, em troca de panos de prato confeccionados na Terapia Ocupacional do hospital; os itens um pouco mais caros eram pagos pela equipe do hospital. Era um percurso de descobertas e constituição de identidade, que era vivido com grande satisfação.

Em paralelo a essas incursões junto do acompanhante terapêutico, a moça amansava e não dava mais trabalho, apresentando-se como uma jovem com questões cada vez mais típicas da sua idade.

Com o passar do tempo e a proximidade dos 18 anos, as questões relativas aos planos para um futuro bastante próximo urgiam.

Ricardo constantemente fazia reuniões com a equipe do hospital e também com as assistentes sociais da VIJ.

Não se cogitava o retorno da moça ao convívio com a mãe, pois as notícias eram de que a mãe fosse uma marginal, agressiva e alcoolista. No entanto, ocorre que a moça, mesmo apavorada diante do cenário que lhe era apresentado, manifestou desejo de ver sua mãe. Ela gostaria de poder considerar por si própria as condições de vida junto dela. Instalou-se o impasse.

A orientação na supervisão era de que Ricardo deveria respeitar e apoiar sua decisão e acompanhá-la nessa visita, para que ela não estivesse só. Assim, a VIJ aprovou a visita.

Para encurtar a história, entre muitos vacilos da própria moça, que marcou e desmarcou, avançou e recuou, Ricardo a acompanhou.

A mãe residia na zona rural, onde trabalhava para um casal com quem mantinha ótimo relacionamento. Morava numa casa muito bem-arrumada, em um bom terreno cedido por esse casal. Era respeitada pelo entorno onde vivia, não bebia, enfim, não havia nada que a desabonasse, era uma vida singela dentro de suas condições socioeconômicas.

Na supervisão, nos emocionamos quando escutamos o relato de Ricardo descrevendo o momento em que mãe e filha se reencontraram. Essa senhora, depois de tanto tentar reaver a guarda da filha, e tendo desistido, esperava ansiosa e contava os dias que faltavam para que a filha fizesse 18 anos, para que pudesse estar novamente com ela.

Foram muitas visitas entre mãe e filha, acompanhadas por Ricardo, antes que a moça fizesse dezoito anos. Ricardo pôde testemunhar o encontro da moça com uma mãe carinhosa, que sabia pôr os limites e que a esperava com planos.

Ricardo levou essas notícias para a equipe do hospital, para as assistentes sociais e para o juiz. Ficou decidido o retorno da moça para o convívio com sua mãe, e assim, passado um ano, encerrou-se o estágio e o acompanhamento dessa moça.

A moça brava e intratável fazia ver às assistentes sociais e à equipe do hospital sua fragilidade, e convidava ao cuidado. As medidas que vinham sendo tomadas sentenciavam um futuro de alienação; eram medidas “cautelares” de prevenção. O que não podia ser escutado eram os gritos, tanto da moça, quanto de sua mãe, que reivindicavam o que lhes era de direito, suas próprias histórias, que lhes haviam sido roubadas.

Esse relato permite explicitar que o Acompanhamento Terapêutico não é prática assistencialista. Onde o Serviço Social cuida, a clínica do Acompanhamento Terapêutico, referida à Psicanálise, não recua, não recua frente ao desejo e leva às últimas consequências a orientação pela verdade, não toda, como horizonte, na vertente do bem dizer e não de dizer o bem que cabe ao outro.

Importa colocar que, no entanto, aquilo que seria da ordem de uma análise não é cingido numa experiência de Acompanhamento Terapêutico com sujeitos neuróticos; quando muito poderão ser trabalhadas algumas questões preliminares a uma possível demanda de análise.

Assim, podemos reconhecer as diferenças e os limites da clínica do Acompanhamento Terapêutico com neuróticos e com psicóticos. Se na clínica com neuróticos é possível abordar algumas questões preliminares, na clínica com psicóticos é possível alcançar efeitos de suplência e de estabilização.

### **De quem é a demanda?**

Outra importante característica que apresenta a clínica do Acompanhamento Terapêutico, e que a distingue da Psicanálise convencional, é de quem vem o pedido de tratamento. Em geral, não vem do sujeito, mas de um outro parental, muitas vezes por indicação do psiquiatra ou da instituição de tratamento. Isso exige do acompanhante terapêutico manejar com a família do acompanhado, bem como se oferecer para a instalação da demanda e da transferência por parte do sujeito que será acompanhado.

Com a família, ao se acolher o pedido de acompanhamento terapêutico para um dado sujeito, é preciso suportar a suposição de saber tratar esse sujeito, bem como não responder à demanda do outro parental de restabelecimento do ideal da normalidade perdida.

Aqui gostaria de trazer um breve relato da escuta de uma mãe que me foi encaminhada para orientação por uma acompanhante terapêutica. Muitas vezes é o próprio acompanhante que abre um espaço de escuta para os pais ou familiares.

### Escuta de uma mãe

Esta mãe criticava constantemente o seu filho, diagnosticado como esquizofrênico, por não fazer nada, fumar dentro de casa o tempo todo e comer como um porco, o que criava um constante clima de tensão entre eles. Para além das críticas não havia possibilidade alguma de diálogo. Por trás das críticas constantes, havia a crença familiar de que este rapaz havia surtado na adolescência em decorrência do uso de maconha, ou seja, ele que ia tão bem na escola e prometia um futuro brilhante, estragou tudo ao se entregar ao vício, isto é, devido a uma fraqueza moral.

Pedi que essa mãe me contasse a história de seu filho, o que evidentemente compreendia algo da história dela própria: como conheceu o marido, como esperou por esse filho etc. Então ela me relatou sua história.

Ela nasceu na Itália. Seus pais se separaram e assim ela deixou de se relacionar com seu pai querido. A mãe casou-se novamente e ela ficou morando com a avó. A mãe teve outros filhos, em seu novo casamento, e veio com o marido morar no Brasil. Ela ficou ainda um tempo morando com a avó. Passado algum tempo, a mãe foi buscá-la. A relação entre elas era muito difícil.

De seu pai, era sempre dito que não queria mais saber dela. Mas ela nunca desistira do pai, e de tempos em tempos lhe enviava cartas, das quais jamais recebia respostas.

Lembrava-se do pai em todos os momentos cruciais de sua vida, como o casamento e o nascimento dos filhos, e desejava que

ele estivesse presente. Seu pai, portanto, seguia em sua vida como um enigma, como um fantasma nas fotos de seu casamento e do nascimento de seus filhos.

Há poucos anos ela decidiu visitar, com seu marido, sua cidade natal na Itália. Para sua surpresa, foi reconhecida na rua por diversas pessoas, que lhe perguntavam se ela era filha de fulano de tal; elas podiam reconhecê-la porque seu pai recebia suas cartas, com fotos, e orgulhoso mostrava sua filha para seus amigos. As cartas respondidas por seu pai tinham sido jogadas fora por sua mãe e por sua avó, a fim de confirmar que ele não queria mais saber dela. Nessa viagem, ela acabou por descobrir que seu pai já havia falecido e que havia deixado sua casa para ela em herança.

Contando sua história, essa mãe podia reconhecer que havia um ponto de enigma, uma lacuna em sua vida, que fora transmitida para esse filho, que aí se enganchou, portador desse enigma que nada podia significar, cativo em perplexidade. Fomos, assim, flexibilizando as certezas que essa mãe tinha em relação ao filho. No lugar de culpabilizar o filho por uma falta moral, pudemos revelar que muitas vezes os surtos, na esquizofrenia, são desencadeados na adolescência, momento em que emergem as questões da sexualidade, e que o uso de álcool e maconha, neste momento, além de dar um lugar social para ele, com seus amigos, facilitava o encontro com as meninas, tão difícil de sustentar. E, além disso, que as coisas haviam piorado muito no momento de fazer intercâmbio e lidar com outra cultura, fazendo parte de uma outra família, ocasião do primeiro surto.

A acompanhante terapêutica me deu retorno, dizendo que seu acompanhado havia dito que essa “Beatriz” estava fazendo muito bem à mãe dele, dando notícias de mudanças positivas no relacionamento entre eles: a mãe se tornou mais próxima e compreensiva.

### **Convite à transferência**

Já em relação ao acompanhado, é necessário se oferecer à transferência, que em muitos dos casos é maciça e imediata, e em

outros, é tecida por uma espera-oferta ritmada e constante. Como exemplo, cito Marinho (2006):

A mãe de Clara me ligou e pediu para eu acompanhar sua filha, já que ela se negava a sair de casa ou se relacionar com qualquer outra pessoa. Quando eu chegava, Clara ia correndo para o seu quarto e eu ficava com a impressão de que dentro dele havia uma visagem, já que eu conseguia ver, de vez em quando, somente a sombra de seus pés, no vão da porta. Comecei escrevendo bilhetes que não eram respondidos, colocando-os sob a porta. Após várias semanas, ela me respondeu a um com a palavra “perfidia”, a que respondi: “confiança”. Na semana seguinte, respondeu a um outro com a frase afirmativa: “Você é a encarnação da águia”, ao que respondi: “Sou”. Nesse dia ela abriu a porta.

Esse caso foi interrompido poucos meses depois. A resistência do outro parental pode pôr em risco o tratamento, o que corrobora a importância da escuta da família, no sentido de travar um laço transferencial com os outros parentais para viabilizar a continuidade do tratamento.

### **Transferência no Acompanhamento Terapêutico**

Na transferência somos incluídos pelo sujeito no lugar do Outro, mas à diferença do Outro primordial, nos oferecemos como Outro barrado e nos privamos de orientar o acompanhado a agir segundo o que acreditamos que lhe seja conveniente. O efeito de suportar e dar suporte à transferência, incluindo essa diferença, permite ao acompanhado que ele possa deslocar-se do lugar ocupado até então, diante do Outro, no sentido de incluir aí uma barra, barrar o Outro absoluto da psicose. Lembro do primeiro texto sobre Acompanhamento Terapêutico que li de uma autora lacaniana, desconhecida por mim, cujo título era “Acompanhar é uma barra”.

Sustentar a transferência nas psicoses significa ser incluído no delírio e em suas produções psicóticas: somos colocados pelo paciente em dado lugar e nos cabe sustentar essa posição



para lhe dar voz e testemunhar sua verdade subjetiva. O que não é sem problemas, porque ser incluído no delírio, e assentir, muitas vezes significa a impossibilidade de manter o vínculo com o paciente. Suportar, ou seja, dar suporte ao lugar transferencial, é totalmente diferente de concordar com tudo o que o paciente diz.

Na paranoia, frequentemente somos incluídos nos delírios persecutórios, erotomaníacos ou megalomaníacos do sujeito.

Suportar a transferência não significa não fazer objeção.

Na paranoia, ao ser colocado num lugar persecutório, é necessário consentir, mas fazendo uma certa objeção que permita ao sujeito perguntar-se sobre suas certezas. É necessário nos oferecermos num lugar de confiança, por mais paradoxal que pareça, para que o tratamento seja possível para o sujeito.

Na esquizofrenia, sustentamos a transferência no corpo, trata-se de se oferecer como bengala imaginária para que o sujeito possa integrar seu eu para estar no mundo. Nos oferecemos como outro no espelho, mas também se trata de incluir uma certa objeção, uma certa dialética, incluir alguma diferença. Igual, mas diferente.

Na melancolia, somos convocados como meros espectadores do delírio de miséria e indignidade do sujeito, seu lugar de nada que descortina o sem sentido da vida. Aí também é necessário incluir uma certa objeção: devemos nos abster de encarnar uma posição superegoica crítica, devemos abrir mão de repreender o sujeito por sua covardia diante da vida, tentando animá-lo a qualquer preço. Trata-se, antes de mais nada, de tentarmos nos incluir como o Outro do sujeito, inaugurando uma sutil relação de alteridade.

Nossa posição deve ser a de sustentar a transferência e incluir uma certa dialética para permitir que o acompanhado, aos poucos, se posicione sobre seus ditos e sobre sua produção delirante, obtendo como efeito uma flexibilização, uma parcialização, uma economia de seu delírio, que possa conferir-lhe um sentido no qual se apoiar para se representar diante do Outro. A direção da clínica do Acompanhamento Terapêutico orientada pela Psicanálise vai da alienação à separação, ou seja, no sentido da

responsabilização do sujeito por seu destino, o que tem um efeito no laço social.

## Referências

ALMEIDA, B. H. M. A. A mulher que não existe no laço social: um caso de paranoia. *Estilos da clínica: revista sobre a infância com problemas*, São Paulo, ano X, n. 19, p. 122-131, 2005.

JULIEN, P. *As psicoses: um estudo sobre a paranoia comum*. Rio de Janeiro: Cia. de Freud, 1999.

MARINHO, D. Das teias familiares à encarnação da águia. In: SANTOS, R. G. (Org.). *Textos, texturas e tessituras no acompanhamento terapêutico*. São Paulo: Instituto A Casa/Hucitec, 2006.

MENDONÇA, L. D. Lo Social es un lugar que no existe: reflexiones desde el Acompañamiento Terapéutico de pacientes psicóticos. *Papéles del psicólogo: revista del Colegio Oficial de Psicólogos* (on-line), fev. 1999, número 72. Disponível em: <<https://mail.google.com/mail/u/0/?tab=wm#inbox/155cd57d9560e29d>>. Acesso em: 11 jul. 2016.

PORTO, M. *Acompanhamento terapêutico*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2015.

QUINET, A. *As 4 + 1 condições da análise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

QUINET, A. *Psicose e laço social*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.

RABINOVICHT, S. *A forclusão: presos do lado de fora*. Tradução de Lucy Magalhães. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

TENÓRIO, F. *A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

\_\_\_\_\_. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais – história e conceitos. *História, Ciência e Saúde* (on-line), v. 9, n. 1, jan. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a03v9n1.pdf>>. Acesso em: 11 jul. 2016.