

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
PUC-SP

Bruno Benndorf Mangolini

Psicose e delírio em um centro de atenção psicossocial: o caso W.

Mestrado em Psicologia: Psicologia Clínica

São Paulo
2018

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
PUC-SP

Bruno Benndorf Mangolini

Psicose e delírio em um centro de atenção psicossocial: o caso W.

Mestrado em Psicologia: Psicologia Clínica

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia: Psicologia Clínica, sob a orientação da Profa. Dra. Denise Bernuzzi de Sant'Anna.

São Paulo
2018

Banca Examinadora

A Silvana Rabello, in memoriam.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), pela concessão da bolsa de pesquisa, fundamental para viabilizar a conclusão deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

Ao CNPQ, pelo auxílio-bolsa, que permitiu a conclusão deste trabalho.

À Coordenadoria Regional de Saúde Sul da Cidade de São Paulo, por autorizar a realização desta pesquisa.

Ao Centro de Atenção Psicossocial em que esta pesquisa foi realizada, desde os colegas de equipe e funcionários a todos os pacientes.

Aos colegas do Núcleo de Subjetividade, que proporcionaram intensas discussões.

A Denise Bernuzzi Sant'Anna, pelas aulas interessantíssimas, pelo apoio e pela orientação durante a pesquisa.

A Peter Pál Pelbart, por compartilhar sua clareza e rigor filosóficos.

A Maria Cristina Vicentin, por ter me introduzido à esquizoanálise, ainda na graduação, e por ter aceitado meu convite para a banca.

A João Perci Schiavon, pela disponibilidade de ler o trabalho, desde o momento da qualificação até aceitar participar da banca.

A Luiz Fuganti, por sua vontade de transmitir conceitos, por tantas aulas e conversas profícuas.

A Gabriel Maschio da Costa, pela presença em nossa “dupla de estudos” sobre a “Lógica do Sentido”.

Aos amigos da Faculdade de Psicologia, esse grupo que após dez anos está ainda mais unido.

A Vinícius Costa, pelo suporte em momentos de crise e pelas discussões sobre o caso.

A Tomás Bonomi e Bruno Espósito, meus colegas do Blog Conexões Clínicas com quem tenho tido o prazer de me encontrar e produzir com frequência.

Ao meu pai e à minha irmã, por me acompanharem e acreditarem em meus passos.

À minha mãe, por toda educação, amor e compreensão que me transmitiu durante toda a vida.

A Raquel, minha companheira de aventuras e parceira de vida, pela alegria de viver e pelo interesse nesta pesquisa.

A W., pela honra em compartilhar suas questões e por me mostrar que há mais mistérios nesta vida do que podemos conceber.

Não há linha reta, nem nas coisas nem na linguagem. A sintaxe é o conjunto dos desvios necessários criados a cada vez para revelar a vida nas coisas (DELEUZE, 1997, p. 12).

RESUMO

MANGOLINI, Bruno. **Psicose e delírio em um centro de atenção psicossocial: o caso W**. 2018. 114p. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Este trabalho apresenta um caso que foi atendido em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de São Paulo. O estudo suscita questões pertinentes ao ponto de vista clínico, considerando o desafio de se atuar em casos de pacientes delirantes. O caso é apresentado desde sua chegada à instituição, quando as informações de encaminhamento foram inicialmente discutidas em termos psiquiátricos, em que se aborda a história e evolução da nomenclatura. A pesquisa revela as dificuldades de aderência ao tratamento, bem como as estratégias para o processo de vinculação. Em seguida, apresenta-se os primeiros atendimentos e as impressões do pesquisador, que passa a buscar referências para os atendimentos clínicos. Discute-se as concepções psicanalíticas de psicose e delírio e de que maneira elas poderiam contribuir para os atendimentos em questão. Por fim, utiliza-se do referencial esquizoanalítico, através de conceitos como o de máquina, agenciamento e corpo sem órgãos, para apontar um outro modo de se pensar e atuar no caso.

Palavras chave: Delírio. Psicopatologia. Psicanálise. Esquizoanálise. Clínica. Estudo de caso.

ABSTRACT

MANGOLINI, Bruno. **Psychosis and delirium in a psychosocial care center: the case W.** 2018. 114p. Dissertation (Master in Education) – Program of Clinical Psychology, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

This paper presents a case that was treated at a Psychosocial Care Center in the city of São Paulo. The study raises pertinent questions to the clinical point of view, considering the challenge of acting in cases of delusional patients. The case is presented since his arrival at the institution, when referral information was initially discussed in psychiatric terms, which addresses the history and evolution of nomenclature. The research reveals the difficulties of adherence to the treatment, as well as the strategies for the binding process. Then, the first consultations and the impressions of the researcher are presented, which starts to seek references for clinical care. The psychoanalytic conceptions of psychosis and delirium and how they could contribute to the care in question are discussed. Finally, we use the schizoanalytic reference, through concepts such as machine, agency and body without organs, to point out another way of thinking and acting in the case.

Keywords: Delirium. Psychopathology. Psychoanalysis. Schizoanalysis. Clinic. Case study.

LISTA DE SIGLAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial.

CEU – Centro Educacional Unificado.

INSS – Instituto Nacional do Seguro Social.

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

PNH – Programa Nacional de Humanização.

SAMU – Serviço de Atendimento Médico de Urgência.

SUS – Sistema Único de Saúde.

UBS – Unidade Básica de Saúde.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 METODOLOGIA	14
3 A CHEGADA DO CASO	15
4 ESQUIZOFRENIA OU O OLHAR DA PSIQUIATRIA?	16
5 PRIMEIROS ENCONTROS E TENTATIVAS	19
6 AFINANDO A ESCUTA	29
7 PARANOIA? O QUE O CASO ME LEVOU A PENSAR.....	33
8 W. É O QUE IMPORTA.....	38
9 À BEIRA DO CAOS	49
10 PSICANÁLISE – PARA ORGANIZAR	52
11 ESQUIZOANÁLISE – PARA DESCONSTRUIR.....	66
12 CONSIDERAÇÕES FINAIS	110
13 PÓS SCRIPTUM	112
REFERÊNCIAS.....	113

1 INTRODUÇÃO

Não é por acaso que se decide ingressar em um programa de mestrado. Escolher dedicar-se ao estudo de um tema, aprofundar o conhecimento que se tem sobre alguma área, geralmente está relacionado à trajetória da pessoa que faz esta escolha. Alguma questão que não está clara, algo que lhe parece mal resolvido, um cenário em que parece ser preciso se deter mais. E, assim, começa-se a formular perguntas, a fim de encontrar o que de fato se quer saber. Da escolha inicial do tema até a formulação da pergunta final há um processo interno intenso, de indagação constante. Encontrar o que te move ao encontro desse tema e colocar isso em palavras não é uma atividade simples nem linear. Em todos os casos, trata-se de encontrar um meio, algum caminho que o faça percorrer sua própria questão, colhendo do percurso o que conseguir extrair dele.

Minha trajetória profissional ocorreu principalmente na saúde pública. Iniciei integrando uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), posteriormente atuei em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) infanto-juvenil e, em seguida, em um CAPS para adultos. Foram sete anos dedicados à saúde pública na periferia de São Paulo, logo após minha graduação em Psicologia. Acredito não ser necessário alongar-me no enorme aprendizado que tive trabalhando com famílias em situação de extrema vulnerabilidade psicossocial e atuando em casos complexos de saúde mental. O contato com este universo proporcionou-me uma oportunidade única de entrar em contato com uma diversidade nunca vista por mim até então.

O NASF é uma equipe que atua no sentido de ampliar a resolução de casos da atenção primária e realizar a articulação de redes, tanto com a educação, como com serviços mais especializados, como o próprio CAPS. No serviço público eu já percebia como a loucura – ou “os casos de saúde mental”, como são chamados – era evitada pela grande maioria dos profissionais da atenção básica, que geralmente reclamavam da dificuldade de contato e alegavam ter pouca paciência para lidar com este tipo de caso. Realmente é bastante desafiador integrar o cuidado em saúde mental na atenção básica, pois o funcionamento “engessado” do atendimento ambulatorial, muitas vezes, não comporta as vicissitudes e especificidades da loucura. Mas, tanto quanto desafiadora, esta função é importante, pois as possibilidades de acesso e vinculação com equipes de saúde e atenção psicossocial devem ser múltiplas,

presentes também nas unidades básicas de saúde, serviço mais capilarizado do Sistema Único de Saúde (SUS).

Após quase quatro anos no NASF, fui atuar no CAPS, serviço responsável pelos casos mais complexos do ponto de vista psicopatológico. Isso não ocorreu por acaso: desde muito cedo tive grande apreço pelo não convencional, pelo excêntrico, que escapava ao hegemônico. A loucura já me cativava, com suas figuras bizarras e distintas. Atuando como psicólogo, sempre me interessei por esses casos que tinham a marca da loucura, que denotavam um funcionamento diferente do estabelecido e que tinham um modo próprio de estabelecer contato. Na atenção primária havia muitos desses casos, mas no CAPS eles eram nosso cotidiano.

Apesar de ter havido uma expansão dos profissionais de saúde mental no SUS com a implantação dos CAPS, principalmente a partir da década de 1990, e com a criação do NASF, em 2008, ainda são muitos os desafios colocados para a atenção à saúde mental pública no Brasil. Um deles é o de combinar as ações psicossociais com a clínica. As ações psicossociais, fundamentais ao resgate da cidadania e afirmação daqueles que foram privados da vida em sociedade, ganharam destaque com a reforma psiquiátrica brasileira, formalizada em 2001 com a lei 10.216, que determinou o fechamento dos manicômios e sua substituição por uma rede de atenção psicossocial, cujo o CAPS seria o organizador. No entanto, o aumento de profissionais e serviços não se traduziu em um avanço do pensamento clínico. Pelo contrário, muitas vezes a clínica é relegada a uma posição secundária, sem haver engajamento dos profissionais e da gestão dos serviços em investirem no raciocínio clínico, que norteia os atendimentos.

Clínica, do latim *klinein*, significa leito; é um conhecimento construído a partir da relação que se dá no leito, na presença do enfermo. É um conhecimento sem teoria, eminentemente prático, construído a partir do caso particular de cada sujeito (VIGANÒ, 2012). Pensar a clínica é um grande desafio em saúde pública, não apenas por, atualmente, as ações psicossociais serem privilegiadas. Fazer clínica exige tempo e pensamento. Em uma cidade com uma demanda tão grande em saúde mental, como São Paulo, é cada vez mais difícil conseguir reunir as condições para se pensar a clínica. Ainda mais quando somos levados a uma hipervalorização da quantidade, atendendo não apenas aos pacientes, mas às pressões exercidas por se aumentar a “produção”.

Essas questões se tornam mais sensíveis quando o que está em questão é o tratamento das psicoses. Com efeito, são muitos os desafios envolvidos em produzir conhecimento sobre um fenômeno tão específico e alheio ao nosso entendimento. Este conhecimento, como já mencionado, não é apenas teórico, mas criado a partir da prática, um saber fazer. Isto pressupõe um conhecimento sempre inacabado, pois se a clínica é singular, ela não vale para todos, mas, ao mesmo tempo, em cada caso aprende-se algo, junta-se um fragmento, uma lógica, um funcionamento possível, e assim este conhecimento pode fazer-se rizoma, espalhar-se, abranger tanto quanto ele puder experimentar.

Esse contexto faz com que haja uma urgência em se pensar a clínica. Não para se tirar daí uma regra ou verdade universal – o que contradiria sua natureza singular –, mas para somar no desafio de produzir algum conhecimento sobre o que se passa numa relação terapêutica com pacientes psicóticos. É neste sentido que esta pesquisa se presta a realizar um estudo de caso. Com ele, pretendo explorar as questões que foram trazidas durante o atendimento, bem como as questões que eram levantadas de meu lado, como terapeuta. O acompanhamento do paciente W. durou treze meses e ocorreu em um CAPS para adultos da cidade de São Paulo.

O fio condutor de todo este trabalho é o caso. Ele está dividido em capítulos, de acordo com o que estava acontecendo durante os atendimentos. A primeira parte é dedicada à sua chegada ao CAPS, com as informações iniciais de seu encaminhamento, em que discuto o que elas poderiam indicar. Em seguida, os primeiros contatos e a tentativa de estabelecer algum vínculo que possibilitasse o atendimento. Uma vez que W. passou a ir ao CAPS, discorro sobre o que o caso me levou a pensar após os primeiros encontros. Após fazer uma digressão teórica, volto as atenções para o caso, com “W. é o que importa”. Após estar à beira do caos, imerso em atendimentos que desafiavam meu entendimento lógico, recorro à teoria psicanalítica para esclarecer alguns pontos obscuros. Com o intuito de não apenas replicar a visão psicanalítica, utilizo a esquizoanálise para me ajudar a pensar através de outra perspectiva. Por fim, as considerações finais e o pós-scriptum sobre o caso.

2 METODOLOGIA

O método empregado para realizar-se esta pesquisa foi, inicialmente, a gravação dos atendimentos realizados e posterior transcrição do conteúdo. O material completo consiste no registro de 59 atendimentos, totalizando quatorze horas de conversas e 466 páginas de transcrições. Após o material ser transcrito, passou-se à leitura dos atendimentos, em que eram feitas anotações sobre o que se destacou em cada um, o que mais chamava a atenção. Para facilitar a compreensão e visualização do processo, o material foi reunido em grupos de cinco atendimentos e, ao final, foi feita uma síntese de cada um dos atendimentos, situando minimamente o que estava acontecendo. Foram feitas também diversas revisões neste processo de extrair o principal dos atendimentos, nas quais recorria-se ao texto integral e grifava-se as partes principais.

Em seguida, passou-se à descrição do caso, respeitando a cronologia dos atendimentos – mas sem fazer menção a todos, o que seria desnecessário. Inevitavelmente, as lembranças pessoais sobre o caso estiveram presentes ao longo da elaboração desta pesquisa, embora o acesso ao material gravado e transcrito tenha sido a base fundamental para sua realização. Esta pesquisa não contou com um referencial teórico de saída. Esta escolha baseou-se na preferência por se buscar pensar a partir do caso, pesquisando referências conforme os desdobramentos do caso.

A ênfase em utilizar trechos literais do caso serve para aproximar o leitor com o cotidiano de atendimento, mas, sobretudo, para preservar a integridade do relato e fazer jus à singularidade da narrativa, especialmente em relação à psicose, que mais nos interessa. Analisar um caso através da linguagem é algo certamente limitado, pois tem-se acesso a apenas uma dimensão da existência, a somente um dos meios de expressão. Sempre há muito mais do que linguagem, é certo. Porém, ela carrega consigo muitos elementos que não são apenas do campo da linguagem, pois está submetida ao que se passa nos corpos (DELEUZE, 2006). A linguagem é efeito das articulações do ser com o social, consigo mesmo, com sua angústia e seu desejo, exprimindo indiretamente algo de uma organização psíquica. Sendo assim, a linguagem expressa. Por outro lado, se a linguagem não é tudo, ela é boa parte do que acontece durante um atendimento terapêutico.

3 A CHEGADA DO CASO

Antes de iniciarmos o caso, vale ressaltar que esta pesquisa segue as normas do conselho de ética de Psicologia e está em consonância com as resoluções éticas brasileiras, em especial a Resolução CNS 466-12. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-SP, sob o número 75715917.6.0000.5482.

W. chegou ao CAPS em setembro de 2014, após ter sido encaminhado pelo psiquiatra que o atendeu na Unidade Básica de Saúde (UBS). O psiquiatra justificou o encaminhamento através das seguintes informações:

Histórico de cinco internações prévias, reagudização delirante, que Padre Marcelo¹ trocou seus pais por outras pessoas, tem alucinações e refere que percebe intenção da TV, mandando mensagens para ele. Alteração da consciência do eu.

Com este encaminhamento, W. passou pelo “acolhimento”, um primeiro atendimento feito às pessoas que buscam atendimento em um serviço de saúde mental. No CAPS, a profissional que o atendeu registrou:

Apresenta-se delirante, com discurso desorganizado. Refere que desde os dezoito anos faz tratamento psiquiátrico, no entanto pontua que “piorou” depois que passou por atendimentos com uma psiquiatra no X (nome da unidade de saúde). Mora só. Seu pai mora próximo à avenida X (nome). Sua mãe é falecida, tem irmãos, porém tem pouco contato. Fala do trabalho com entusiasmo, apesar de “sentir” que os colegas zombam dele: “ficam olhando para mim, riem e me chamam de gay” (sic). Refere sentir-se muito perturbado com essa atitude. Mantém alteração na sensopercepção corporal. Refere receio de atropelamento. Fala também que o padre Marcelo teria “roubado” sua família”.

Seu prontuário menciona quatro internações anteriores e as medicações que estava fazendo uso (Olanzapina 20mg [0-0-2], Clorpromazina 100mg [1-1-1] e Biperideno [1-0-1]), além do fato de sua mãe já ter falecido e de W. trabalhar: “aparentemente apresenta boa organização na esfera laborativa”. Há também a menção sobre o diagnóstico provável: F.20.0 (esquizofrenia paranoide).

¹ Padre Marcelo é um líder da Igreja Católica que se tornou figura pública ao ser noticiado pela mídia por levar multidões aos seus cultos; na época da pesquisa ele inclusive possuía um programa no rádio.

4 ESQUIZOFRENIA OU O OLHAR DA PSIQUIATRIA?

As informações expostas no capítulo anterior exprimem um estado de coisas, um cenário inicial. Os elementos que estavam em jogo fizeram a profissional pensar em um caso de esquizofrenia. Estabelecer um diagnóstico psiquiátrico é um hábito que persiste no cotidiano dos serviços de saúde mental, apesar desta ação, na maior parte das vezes, não vir acompanhada de uma estratégia clínica. O diagnóstico de esquizofrenia, aliás, tornou-se o grande guarda-chuva da Psiquiatria, subsumindo a noção de psicose (TENÓRIO, 2016) e evidenciando a falência do pensamento clínico. O que se vê, na maioria das vezes, é uma pressa em chegar a um diagnóstico, a uma categoria que definiria como situar o caso no vasto espectro da loucura. Esta atitude, contudo, induz a uma outra prática, pouco aconselhável em saúde mental, que é pressupor que sabe-se o que está se passando com o outro, como se ele sofresse de um mal que segue um caminho pré-determinado. Isto geralmente prejudica o contato dos profissionais, que passam a relacionar-se mais com um rótulo, com características pré-estabelecidas, do que com uma pessoa, com seus enigmas.

No entanto, o diagnóstico não é um problema em si; assim como todas as outras coisas, depende do uso que se faz dele. A linguagem psiquiátrica, sua terminologia, carrega um pouco do pensamento associado a seus termos e expõe algo da história percorrida em suas diferentes concepções, podendo nos ajudar a termos uma melhor compreensão de fenômenos distintos, como a loucura.

Façamos uma retomada em busca de algumas referências, ainda no âmbito da Psiquiatria. O termo psicose foi cunhado inicialmente pelo psiquiatra austríaco Ernst V. Feuchtersleben, em 1845. Durante quase dois séculos, este foi o termo utilizado para designar a loucura de modo geral. Psicose faz referência ao psíquico, que, na época, servia para distinguir as doenças de base neurológica, conhecidas até então como neuroses. Psicose era o termo utilizado para qualquer “doença do psíquico”, sendo o objeto específico da Psiquiatria (TENÓRIO, 2016).

Kraepelin, renomado psiquiatra alemão do final do século XIX, foi responsável por sistematizar as doenças mentais em função de sua evolução e sintomatologia. Desta forma, ele distinguiu três grandes entidades clínicas: a loucura maníaco depressiva, a paranoia e a demência precoce. Os três termos corresponderiam ao campo das psicoses, mas teriam alterações primárias específicas (PEREIRA, 2007).

A demência precoce, termo que após Bleuler passou a se chamar esquizofrenia, compreende uma condição clínica marcada pela perda das faculdades mentais de modo súbito e em idade precoce, geralmente jovens. Etimologicamente, “equizo” refere-se ao grego *skhízein*: “separar”, “dividir”, enquanto que “frenia” refere-se à mente; temos aí, portanto, que a esquizofrenia seria como uma cisão, uma divisão da mente.

Para a Psiquiatria, a esquizofrenia possui uma vertente primária de dissociação ou déficit, seus sintomas negativos. Eles envolvem uma série de áreas da subjetividade, compreendendo:

Os distúrbios do curso do pensamento (pensamento incoerente, desorganizado, elíptico, prolixo, tangencial, com afrouxamento dos nexos associativos e o sintoma marcante do bloqueio), da linguagem (mutismo, parrespostas, conversação truncada ou impossível, impulsos verbais obscenos ou injuriosos, neologismos ou uso neológico das palavras e alterações ou mesmo quebra da sintaxe, podendo chegar ao descarrilamento ou à salada de palavras), da afetividade (aplainamento, esmaecimento ou mesmo embotamento do afeto, paradoxalmente, uma grande sensibilidade ou vulnerabilidade, afeto inadequado ou discordante, ambivalência) e da psicomotricidade (os sintomas da vertente catatônica: lentificação, estereotipias, maneirismos, ocorrência paradoxal de negativismo e passividade motora, agitação e estupor) (TENÓRIO, 2016, p. 948).

Como podemos observar, é uma definição um tanto difícil de entender. É verdade que o fenômeno, a esquizofrenia, é complexo, mas os termos técnicos da terminologia psiquiátrica produzem uma verdadeira equação, em que a esquizofrenia seria a soma das alterações em quatro áreas: pensamento, linguagem, afetividade e psicomotricidade.

Por outro lado, na vertente dos sintomas positivos ou produtivos, encontramos principalmente a alucinação e o delírio, o que passou a se chamar, mais recentemente, de sintomas psicóticos, como se eles é que caracterizassem a psicose. De todo modo, o delírio é um sintoma comum em casos de psicose. Ele é considerado pela psicopatologia uma alteração do pensamento, mais precisamente no âmbito do juízo de realidade. Dalgalarrondo (2000), retomando a definição de Jaspers², considera o delírio “um erro do ajuizar, que tem origem na doença mental. Sua base é mórbida, é motivado por fatores patológicos” (p. 134).

² Psiquiatra e filósofo alemão, Karl Jaspers fundou as bases da psicopatologia moderna, com seu livro “Psicopatologia Geral”, de 1913.

Segundo o autor, o delírio apresentaria quatro características básicas: 1) uma convicção extraordinária, na qual o sujeito possui certeza absoluta de sua crença; 2) a experiência objetiva não é capaz de modificar o delírio, nenhum argumento lógico é capaz de removê-lo; 3) o delírio é um juízo falso, de conteúdo impossível e 4) o delírio é uma produção associal e idiossincrática, desatrelada da trama social, cultural e política em que o indivíduo está inserido. Veremos mais adiante que há autores que pensam de modo diferente, especialmente em relação ao último ponto.

Se, por um lado, as informações técnicas e teóricas ajudam a nos situarmos, dando algum direcionamento sobre o que poderia estar acontecendo com W., por outro lado, corremos o risco de nos atermos demasiadamente nas impressões de outras pessoas, ou mesmo de outros autores. Deste modo, estaríamos privilegiando os conceitos teóricos em detrimento do encontro, perdendo a pessoa de vista ao considerar que já sabemos sobre os seus sintomas e seu quadro clínico, apenas relacionando o que encontramos com alguma teoria. Não queremos desconsiderar o acúmulo de áreas de conhecimento sobre o tema, mas nos parece que há motivos para concordarmos com a fenomenologia e seu método de “suspensão fenomenológica”³, que visa justamente suspender o conhecimento teórico prévio do terapeuta, para deixar-se abrir para o encontro, sem concepções que possam prejudicá-lo.

Retornando ao caso, após ter havido este primeiro atendimento no CAPS, foi agendado um segundo atendimento, agora comigo, pois nossa equipe dividia os casos que chegavam de acordo com a UBS de origem, sendo eu o profissional responsável pela UBS que W. frequentava. Se não houvesse nenhum possível obstáculo clínico, eu é que seria o profissional de referência⁴ para W.

³ O método fenomenológico é bem explicado no artigo de Feijoo e Mattar. A Fenomenologia como Método de Investigação nas Filosofias da Existência e na Psicologia. In: **Psicologia: Teoria e Pesquisa** Out-Dez 2014, Vol. 30 n. 4, pp. 441-447.

⁴ A utilização da estratégia de profissionais ou equipes de referência tem sido amplamente utilizada, principalmente para processos interdisciplinares; consiste em considerar todos os profissionais corresponsáveis pelo caso, mas de se definir uma pessoa ou equipe que irá acompanhar o caso mais de perto, tornando-se uma referência para o paciente e para o resto da equipe. Para um entendimento maior do tema, Campos, G.W.S., Domitti, A.C. **Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(2):399-407, fev., 2007. Acesso em 21 abril 2017.

5 PRIMEIROS ENCONTROS E TENTATIVAS

No dia e horário marcados, chamei por W. na recepção. Lá estava ele, aguardando sentado, de cabeça baixa; tinha altura mediana, cabelos curtos e barba feita, olhos fundos e escuros. Demonstrou boa compreensão do contexto em que estava, ao retomar algumas questões trazidas anteriormente. Dizia estar perturbado, mencionava uma psicóloga de outra unidade de saúde, que controlava a mente dele. Oscilava entre falar de modo coerente, organizado, e dizer palavras muito rápidas, de modo meio “embolado”, tornando difícil a compreensão do que dizia. Contou um pouco sobre sua vida, disse que morava sozinho e mencionou que sua família havia sido trocada; disse que trabalhava como auxiliar de limpeza em um shopping, que ficou nervoso com a psicóloga e que acabou saindo do seu trabalho sem pegar seus documentos do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) – ele tinha sido afastado recentemente pelo médico do trabalho. W. ainda mencionava acontecimentos em que a televisão estaria conversando com ele, dizendo o seu nome, e, ao me contar, às vezes produzia uma espécie de distorção em sua fala quando a TV estaria conversando com ele.

Como todo caso recém-chegado ao CAPS, busquei inicialmente criar uma atmosfera de confiança, escutando-o com atenção e levando em consideração de modo genuíno e interessado o que W. me dizia. Eu tentava, também, montar um quebra-cabeça com os elementos trazidos por ele, buscando relacionar os fatos e traçar uma sucessão lógica. Em casos graves, ou com pouco suporte familiar, muitas vezes o terapeuta tem dificuldades de obter informações consistentes do contexto através do próprio paciente, já que a comunicação é frequentemente difícil. De início, o caso de W. chamava atenção por dois aspectos: o discurso aparentemente delirante, que dizia que uma psicóloga controlava a sua mente, além de sua família ter sido roubada ou trocada, e o fato de relatar uma vida razoavelmente autônoma, morando sozinho e com carteira de trabalho assinada.

Diante dessa situação, resolvi chamar seu pai ao atendimento seguinte. Ele poderia fornecer valiosas informações, contar um pouco sobre seu processo, além de ser uma referência importante na vida de W. e responsável por ele como familiar. Consegui contato telefônico com o pai e agendei o atendimento. Agendei, também, outro atendimento individual para W., ambos para a semana seguinte.

Contudo, ninguém apareceu no dia marcado para a consulta com o pai de W. Isto se repetiu também na consulta seguinte para W. Diante da ausência, telefonei para ele. W. atendeu e, ao ser questionado sobre as ausências, disse que ele e seu pai não quiseram vir e que era melhor “deixar para lá”; respondi retomando as dificuldades que ele havia contado nas consultas no CAPS, de sentir-se perturbado, inclusive tendo sido afastado do trabalho, e enfatizei a importância de agendarmos outro atendimento para tentar lhe ajudar. Ele disse que ia ver isso com seu pai e retornaria. De fato, ligou em seguida, dizendo que poderíamos marcar.

No dia marcado, W. aguardava com seu pai, que era um senhor de baixa estatura, idade avançada, magro, roupa social e de jeito simples. Os dois foram chamados à sala e lá foquei em conseguir informações sobre a história de W. O pai disse que o filho fazia tratamento desde pequeno; sua mãe, falecida, teria tido psicose puerperal⁵ decorrente de seu nascimento. Contou também que morava próximo a W. e que oferecia suporte quando necessário. Explicou que W. tem dificuldades no trabalho pois sente que os outros estão olhando para ele, aí cria conflitos e acaba sendo transferido de unidade. O pai gostaria que o filho recebesse laudo do INSS para aposentadoria definitiva, mas reconhecia que W. gostava de trabalhar e que isso fazia bem a ele. W. ainda comentou que seria difícil ficar o tempo todo em sua casa, agora que está afastado do trabalho. Aproveitei para dizer que o CAPS poderia ser um lugar para ele realizar atividades e que o momento era de focar em seu tratamento. Durante este atendimento, W. reconhecia aquele como seu pai verdadeiro, sem mencionar que sua família havia sido trocada.

Esse cenário denotava certa gravidade, principalmente pela perda de contato de W. com a realidade, marcada por estas ideias de que tinha sua mente controlada por uma psicóloga e de que sua família teria sido trocada pelo padre Marcelo. Além disso, W. estava vivenciando uma mudança importante em sua rotina, ocasionada pelo afastamento do trabalho. Neste momento, considerei importante haver maior disponibilidade do serviço de saúde mental para W., possibilitando que ele se utilizasse do espaço terapêutico sem restrições. Demonstrar disponibilidade e atenção

⁵ A psicose puerperal, como o nome já diz, é caracterizada pela abertura de quadro psicótico pouco tempo após a mulher parir. Para mais informações sobre quadros psiquiátricos nesta fase: CANTILINO, Amaury et al. Transtornos psiquiátricos no pós-parto. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 37, n. 6, p. 288-294, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832010000600006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 23 abril de 2017.

às suas questões poderia criar bases para uma boa aderência ao tratamento e, quem sabe, oferecer algum suporte às angústias de W.

Um projeto terapêutico inicial de três vezes na semana, distribuídas na segunda, quarta e sexta-feira, parecia-me razoável às necessidades do caso. Ele viria duas vezes por meio período e uma vez o dia inteiro. Nestas vindas, participaria de atendimento individual semanalmente e de atividades em grupo, além de frequentar a chamada ambiência⁶. Seria uma oportunidade também para W. estar em contextos diferentes, possibilitando para nós, profissionais, termos uma melhor compreensão do caso. Combinei este projeto terapêutico com eles e agendei também uma consulta com o psiquiatra, para avaliar principalmente a terapêutica medicamentosa.

Como era de costume fazer-se em nossa reunião semanal de equipe, discuti o caso de W. com os outros colegas. O psiquiatra e a assistente social já o haviam atendido: o psiquiatra da UBS, responsável pelo encaminhamento ao CAPS, era o mesmo profissional, que trabalhava nos dois serviços; a assistente social foi quem realizou o acolhimento no CAPS. O que mais chamava a atenção deles, de fato, era a presença de um quadro importante de delírio, combinada a uma grande autonomia. O foco inicial que traçamos foi a aderência ao tratamento, e a equipe considerava que eu teria boas chances de estabelecer um vínculo com W., a julgar pelo fato de nós dois sermos homens e termos a mesma faixa etária. Paralelamente, a ideia era que ele se envolvesse também com os outros elementos do CAPS, de pacientes a profissionais, e que realizasse alguma atividade em grupo. Alinhado isto com a equipe, somente restava aguardar as vindas de W. ao CAPS.

No entanto, nas semanas seguintes, W. compareceu apenas uma vez, participando de um grupo que chamávamos de Ateliê. Este grupo pretendia realizar uma terapia ocupacional em que se tinha como proposta a realização de atividades manuais, expressivas, em que se produzia algo concreto, conforme as condições de cada um. Uma atividade que girava em torno do fazer, promovendo alguma interação entre os participantes e os coordenadores, principalmente em relação à tarefa. Apesar de haver um esforço por parte dos coordenadores para o envolvimento de todos, é difícil oferecer atenção individualizada aos pacientes. Muitos deles permanecem

⁶ Ambiência é um conceito desenvolvido a partir do Programa Nacional de Humanização (PNH), do Ministério da Saúde. Ele concebe o espaço como facilitador do processo de trabalho, como elemento integrante da produção de subjetividade, promovendo acolhimento e harmonia ao coletivo. Para saber mais: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. 2 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 32 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

próximos à mesa de atividades, sem se envolver objetivamente com a proposta. Isto não significa, no entanto, que esses pacientes não estejam efetivamente participando do grupo, mas antes que estabelecem com a proposta e com os demais a proximidade que lhe é possível no momento. Eu mesmo não participava do grupo, pois às segundas-feiras eu dava apoio a uma UBS. Apenas soube que ele fora e que tinha participado, sem maiores detalhes.

Os dias se seguiram e nada de W. aparecer no CAPS. Ele, inclusive, havia faltado à consulta com o psiquiatra. Liguei para ele, questionando-o sobre as faltas. W. disse não ter ido porque não tinha se sentido bem no CAPS. Reiterei a importância de ele ir e ele, sem grandes objeções, disse que então iria. Apesar de facilmente dizer que iria – o que já havia dito anteriormente, sem de fato cumprir sua promessa –, W. dava sinais de que não estava se sentindo acolhido pelo CAPS, que não tinha se sentido bem ali.

Nosso CAPS possuía algumas características peculiares: o serviço foi montado em uma antiga casa, de área extensa, quase uma chácara, com terreno irregular, íngreme em algumas partes. Possuía uma rampa grande calçada de pedra, logo na entrada, que ligava o portão à recepção, na parte de cima. Nos dois lados da rampa havia canteiros de horta, uma das atividades desenvolvidas com os pacientes. No prédio principal havia a recepção e a sala de televisão e convivência, de onde se seguiam os consultórios em um corredor; ao final, o posto da enfermagem, que dava para os fundos, podendo se conectar ao resto do espaço pela área externa. Na construção anexa, o refeitório e a farmácia, em cima, uma sala de grupo e um espaço para os profissionais almoçarem e guardarem seus pertences. Havia, ainda, a sala chamada Ateliê (onde era realizado o grupo com mesmo nome, de que W. participara), com uma mesa retangular grande e um depósito de materiais para a utilização nos grupos. Atrás desta sala, próximo ao canteiro da horta, era o lugar conhecido por “fumódromo”, único local onde era oficialmente⁷ autorizado fumar. O lugar todo tinha muitas árvores, plantas e flores, um suposto oásis de tranquilidade em meio ao intenso movimento do bairro periférico da Zona Sul de São Paulo. Na maior parte do tempo o ambiente era, de fato, calmo, fato talvez favorecido pela amplidão do lugar.

No CAPS os pacientes interagem livremente, cada um à sua maneira. A sala de convivência, ao lado da recepção, era o lugar mais frequentado do CAPS. Era um

⁷ Refiro-me como oficialmente por esta regra ter sido estabelecida durante assembleia, dispositivo comum e recomendado aos serviços de saúde, realizado entre usuários e profissionais do CAPS.

espaço mais formatado, com cadeiras próximas à parede, uma televisão com mais cadeiras em volta, uma mesa com um jogo de dominó, livros e outros jogos na estante. As pessoas ali podiam simplesmente se sentar e aguardar seu atendimento, como também podiam convidar (ou serem convidados) para um jogo de dominó, o mais jogado entre eles.

Esse cenário do CAPS, assim descrito, pode parecer confortável e acolhedor para muitas pessoas. No entanto, a percepção que se tem de um lugar não é a mesma para todos. Além disso, os processos internos vivenciados pela maioria dos pacientes que frequentam o CAPS podem, por si só, dificultar a interação e composição deles com o espaço e as outras pessoas. Poderíamos citar também o que é comumente considerada como marca principal da esquizofrenia, que seria justamente o embotamento afetivo, a perda da capacidade de conectar-se afetivamente com os outros. Muitos poderiam ser os motivos que levaram W. a dizer que não se sentia bem no CAPS. Eu me perguntava, antes, se em algum lugar ele se sentia bem, se realmente era isso que o motivava a não retornar. Como muitas das vezes no ofício de psicólogo, havia mais perguntas do que respostas. Diante desta situação, parecia que não me cabia outra coisa a não ser manter o contato e chamá-lo ao encontro, tentando agendar outro atendimento.

Durante a semana seguinte, nada novamente de W. aparecer no CAPS. Fiz outro contato telefônico, perguntei por que ele não havia ido, como combinado, e disse que gostaria que ele fosse, para que ele pudesse me contar sobre sua perturbação. W. disse novamente que não se sentia bem no CAPS. eu lhe disse que era importante ele ir, inclusive para conversarmos sobre isso, o fato dele não se sentir bem lá. W. então disse que iria no dia seguinte, mas nas duas semanas posteriores não compareceu ao CAPS. Eu continuei a ligar.

Nesse ponto vale fazer algumas considerações em relação ao que Viganò (2012) chama de construção do caso clínico, pois, neste momento, acredito que a construção do caso estava acontecendo. A construção do caso é condição para que haja realmente algum trabalho. Trata-se, portanto, de um trabalho preliminar, “um preliminar lógico, que concerne a todo o movimento que caracteriza o tempo para compreender” (VIGANÒ, 2012, p.120). A construção tem como condição inicial um vazio de saber da parte do terapeuta, que não esmaga o paciente com uma resposta pronta, uma conduta médica ou uma interpretação. A construção passa por três elementos indispensáveis a um trabalho clínico: transferência, sintoma e demanda.

Ela visa colocar o sujeito a trabalhar em seu próprio caso, a formular uma demanda. Isto ocorre quando algum acontecimento ganha importância, quando a repetição é submetida a um novo estado de coisas, algo que fuja ao estabelecido, que faz o sujeito se questionar e se envolver com sua questão.

Pode-se dizer que boa parte do que chamamos de baixa aderência ao tratamento, em saúde mental, deve-se ao fato de não se reunir as condições necessárias para a construção do caso. Criar uma relação transferencial, escutar um sintoma e articulá-lo a uma demanda endereçada ao analista é um processo artesanal, repleto de dúvidas e enigmas, que pode levar tempo e, também, pensamento. De algum modo, o caso, para ser construído, na concepção de Viganò (2012), necessita que o sujeito passe a se inquietar com sua atitude diante do sintoma, como que desconfiando de alguma cumplicidade própria. Segundo o autor, é necessário que o sujeito passe da condição de vítima para se relacionar com a dimensão do enigma de seu sintoma. É difícil precisar em que medida essas coisas acontecem, na prática. Não que elas não aconteçam, mas pela dificuldade de se notar e mensurar uma mudança de posição de modo claro, pois acontece sempre mais do que podemos compreender na clínica. Em todo caso, na esteira de Viganò, parece-me que é nesta atitude, de vazio de saber diante da questão do paciente, de querer escutar o que ele tem a dizer, que se estabelecem as condições favoráveis para a construção de um trabalho.

Em meus contatos com W., mantive-me chamando-o para atendimento, retomando seu discurso de que estava perturbado. Ora, este foi o motivo pelo qual ele fora ao CAPS, por estar tendo dificuldade em lidar com isso naquele momento. E, por mais que ele dissesse que era melhor “deixar para lá”, eu sentia que isso não estava bem, que W. ainda não havia tido as condições de se expressar, de elaborar de algum modo sua questão. No entanto, ele não queria vir, dizia não se sentir bem. Continuei a fazer-me presente, através de ligações semanais. Sem saber ao certo, eu estava contribuindo para a construção do caso, tentando produzir algum efeito, alguma coisa significativa que o fizesse ir ao CAPS. Isto, de alguma forma, aproxima-se ao que Viganò chamou de construir o caso, na medida em que você não o interpreta. Isso pode acontecer de várias formas, inclusive através de uma surpresa. No caso de W., eu não atribuía suas ausências a nenhuma verdade ou teoria, como pensar que “as taxas de aderência a tratamento são baixas mesmo”, ou “se ele não quer vir é porque não precisa vir”, ou algum discurso do tipo, bastante comum em serviços de saúde

mental. Ao não fazer isto, abria caminho para produzir-se um novo sentido, uma surpresa, que, neste caso, poderia ser expressa assim: “por que diabos este terapeuta não desiste de mim? Por que sempre acaba me ligando?”. É a surpresa que antecede a demanda, podendo fazê-la aparecer quando o terreno estiver pronto. Em relação ao tripé da construção do caso, de Viganò (sintoma, transferência e demanda), tínhamos apenas o sintoma. Faltava construir a transferência e a demanda. Mas acredito hoje, que cada ligação telefônica era uma peça que se colocava na construção deste caso, agregando mais um elemento, mais uma presença minha, afim de conseguir-se consistência suficiente para se iniciar o trabalho.

Dessa forma, continuei ligando para ele, mesmo com suas constantes ausências. Até que, após duas semanas, ele me ligou. Disse que estava com a mente perturbada e que queria conversar. Eu o chamei para ir ao CAPS e ele disse que iria. Em seu projeto terapêutico, nas quartas-feiras a atividade a ser realizada era o futebol, um grupo que tinha começado há poucos meses. Este grupo era aberto a todos os pacientes e era realizado em parceria com um Centro Educacional Unificado (CEU), equipamento público de educação da Prefeitura de São Paulo. Para chegarmos até lá, tomávamos um ônibus, o que agregava mais elementos à atividade. Quando W. chegou, estávamos de partida para esta atividade. Como eu era um dos responsáveis pelo grupo, e não poderia ficar no CAPS para conversar, propus a ele que fosse conosco e que após a atividade poderíamos conversar individualmente. Ele topou, e de lá seguiu comigo e os demais para o CEU, onde iríamos jogar. W. inicialmente queria apenas assistir, mas acabou participando do jogo, tendo pouca interação com os outros. Na volta fomos conversar. De cara me disse que foi ao INSS e agora era só aguardar, pois seu pedido de auxílio doença havia sido aceito. Falou também que às vezes ficava confuso, mencionava a psicóloga como causa de sua perturbação. W. contava as coisas de modo rápido, sem haver uma ligação que conduzisse as mudanças de tema. Dizia que o Padre Marcelo estava na televisão e reproduzia diálogos que teriam ocorrido entre eles, e que geralmente eram difíceis de se compreender, ou por serem palavras estranhas, até mesmo neologismos, ou por W. frequentemente mudar o tom de voz, distorcer a fala, ou mesmo rir deste improvável diálogo. Eu escutava tentando compreender o que ele dizia. Minha intenção era que ele se sentisse bem, acolhido, para que retornasse nos dias marcados e, assim, pudesse dar continuidade a seu tratamento. Ao final, pactuamos novamente o projeto terapêutico dele, que continuaria contemplando três idas semanais ao CAPS. Eu

achava que agora ele iria, mas não foi isso o que aconteceu. W. não apareceu nas semanas seguintes, e respondia às minhas ligações praticamente da mesma maneira, dizendo que iria no dia seguinte, como que para resolver logo a situação e desligar o telefone da maneira mais fácil possível.

Essa situação perdurou semanas e o tempo foi passando, já havia cinco meses que W. tinha ido pela primeira vez ao CAPS. Desde a última vez, então, quando fora ao grupo de futebol, havia se passado mais de dois meses e o ano já tinha virado. Já fazia algumas semanas que eu não telefonava para ele e em janeiro voltei a fazer contato por telefone. Falei de sua longa ausência e solicitei que ele fosse no dia seguinte para conversarmos.

E desta vez ele foi. Dirigiu-se à porta da sala de equipe e se apresentou, me chamando para conversar. Eu estava ocupado e pedi para que ele aguardasse. Passados alguns minutos, fui procurá-lo para irmos ao atendimento. Na sala de espera procurei por W. e não o encontrei. Fui à área externa, mas ele também não estava lá. Quando retornei, encontrei-o ao lado do bebedouro, que ficava próximo ao banheiro, sentado no chão e com a cabeça abaixada entre os joelhos. Parecia desligado do mundo à sua volta. Eu o chamei e fomos a uma sala.

W. logo passou a falar da tal psicóloga, que o deixava perturbado. Comentava com vivacidade sobre ela, às vezes trazia novos elementos à história, dizendo que ela o teria salvado de um acidente. Havia algo em torno dela, que era expresso de diferentes modos. W. passava por este tema e acrescentava um novo elemento, desviava-se, ia para quando estava na escola, fazia menção à professora, reencontrando o tal acidente, seguindo seu trajeto tortuoso. Parecia ter um vocabulário vasto, utilizava-se de algumas palavras pouco usuais e até mesmo de termos técnicos, de difícil expressão.

Mais do que entender alguma coisa, eu queria era me conectar, ir junto para onde ele me levava. Nem sempre eu conseguia acompanhá-lo, pois nosso caminho era bastante fragmentado, onde eu me via precisando ligar isso a alguma coisa, fazer algum sentido. Ao mesmo tempo, era difícil pensar que aquela história toda que W. trazia não fazia nenhum sentido. De qualquer forma, parecia-me que, de início, meu papel era o de sustentar a situação tal como ela aparecia, na forma com que W. conseguia dizer sobre si e o que estava se passando com ele. Ao mesmo tempo, gostaria que W. pudesse circular mais pelo CAPS e aproveitar as atividades

propostas. Antes de terminar aquele atendimento, reforcei com ele a importância de ir todos os dias da semana que constavam em seu projeto terapêutico.

Durante a mesma semana, W. foi novamente. A atividade planejada para o dia era em grupo, mas W. disse que queria apenas conversar individualmente no consultório. Eu, apesar de não ter agendado atendimento individual com ele, considerei importante ele ir duas vezes na mesma semana, fato até então inédito. Conversamos, e ele manteve-se na mesma linha de conversa de antes, falava da psicóloga que controlava sua mente e contava alguns fatos cotidianos, como o placar dos jogos de futebol. Às vezes mudava de assunto bruscamente, falando sobre áreas do cérebro. Eu escutei, deixei que ele falasse o que queria e terminei incentivando-o a continuar indo.

Nas semanas seguintes, W. passou a fazer contato frequente comigo por telefone. Às vezes, quando eu não estava no CAPS (pois fazíamos algumas atividades externas), quando eu retornava, avisavam-me que W. tinha ligado quatro, seis vezes. As pessoas tentavam averiguar uma alternativa, perguntavam se seria somente comigo, mas sim, ele queria falar somente comigo, e só cessaria de ligar se falasse comigo. Quando eu retornava as ligações, W. dizia que estava com a mente meio perturbada, retomando a questão da psicóloga. Apesar de dizer sobre esta perturbação, sua expressão ao telefone era relativamente serena, sem grande modulação vocal, e nossa conversa era rápida. Eu dizia algo no sentido de legitimar, compreender, o que ele estava passando e ele parecia considerar aquilo suficiente, não se estendia nas ligações e nem ligava novamente. Às vezes ele telefonava também para dizer que não poderia ir naquele dia, geralmente por ter acordado tarde. Parecia que agora, finalmente, havíamos construído uma relação, na qual eu não fazia parte de um todo indiferenciado; era comigo que ele queria conversar, por algum motivo, provavelmente ligado à minha insistência e disponibilidade.

Além das conversas por telefone, W. passou a ir com frequência ao CAPS, conforme seu projeto terapêutico. Interagia muito pouco com os outros, mas solicitava minha presença e atenção, para conversarmos em uma sala. Às vezes parecia mais ansioso, falava de mais coisas, outras apenas entrava, sentava-se e ficava quieto, como se não fosse ele que tivesse reivindicado a conversa. Mas parecia precisar disto, tamanho era o investimento que fazia, o que podia ser notado pelos vários telefonemas que fazia, pelas idas ao CAPS e pelo tempo que esperava para falar comigo. Era estranho permanecer ali, mantendo um diálogo que eu não tinha ideia de

como se sustentava, que fazia associações estranhas, trazia palavras novas, temas insistentes, que produziam um cenário quase fantástico, contrastando com uma pessoa que parecia longe, ausente de si mesma, vivendo uma realidade que parecia distante.

Mesmo com muitas dúvidas sobre o caso, parecia-me claro que algo havia mudado: inicialmente W. se esquivava de comparecer ao CAPS, dizia não se sentir bem ali, agora ele comparecia, inclusive ligava para conversar e justificar sua ausência. Eu estava feliz com a reviravolta no caso: ele ir ao CAPS era um passo para tentar entendê-lo melhor, abrindo possibilidades para que ele fizesse vínculos e, quem sabe, diluísse um pouco seu sofrimento.

Apesar do projeto terapêutico de W. contemplar atividades em grupo, ele claramente preferia o formato de atendimentos individuais em consultório. W. passou a solicitar atendimento em praticamente todos os dias que ia ao CAPS; eu não negava, e encaixava-o em algum horário que estivesse disponível.

Com a maior frequência dos atendimentos, a vivência de W. ganhava mais densidade; era a oportunidade de talvez conseguir compreendê-lo, como seus pensamentos se organizavam e o que produziam em sua vida. No entanto o desafio era grande, pois apesar dele ir, então, com maior frequência, os atendimentos permaneciam verdadeiras incógnitas, e eu tinha dificuldade de sustentar esta posição de manter um diálogo aparentemente absurdo, repleto de desconexões e personagens aparentemente sem sentido.

6 AFINANDO A ESCUTA

Comecei a prestar mais atenção à linguagem de W. Era muito difícil captá-la em sua íntegra, pois havia neologismos, pouco nexos e velocidades alteradas, muitos elementos que dificultavam a inteligibilidade da conversa. Diante desta dificuldade, e atraído pela possibilidade de registrar seu discurso para poder compreendê-lo melhor, conversei com W. sobre a possibilidade de gravarmos os atendimentos, através de meu telefone celular. O material seria sigiloso, havendo um termo de consentimento provisório que foi firmado por nós, autorizando o registro. Ele concordou, curioso pela gravação ser feita em um aparelho celular.

No atendimento, W. conta um pouco do que vivia:

[W.]: É por causa do jeito que ela me tirou do acidente... Eu fiquei, eu fiquei assim ó... "Ah W. fala com o doutor F. quando você chegar lá.", aí ela me tirou, aí eu... Assim, tipo uma coisa... Eu fico... Aí eu fiquei... Aí ela foi me controlou de longe e começou a passar coisa (ruim) pra minha cabeça. Do medo que eu tenho da minha mãe ser internada, (da cara triste), com medo dela fazendo assim ó [gesto corporal]... Com medo de... Assim... Gravou a boca dela assim [gesto corporal]... Eu fiz assim [gesto corporal]... Aqui na barriga e... E só. E do... do que eu (asfixio). Eu falei agora ela... (Asfixiar) o emocional e com medo de asfixiar o emocional e o (medo) da cara dela. Aí no final ela parou e fez assim ó [gesto corporal]... Pra mim obedecer meu pai e minha mãe. E a deus.

Este trecho apresenta diversos conteúdos, trazidos à maneira de W., marcados pela densidade e desarticulação. Parecem se tratar de recordações, de falas reproduzidas, de palavras tentando dar conta de expressar algo quase inexprimível. De qualquer forma, é a tentativa de W. de falar sobre o que aconteceu.

No mesmo atendimento, mais adiante:

[W.]: Antes eu (morava) né, com o meu pai, agora ficou... Meio distorcido.

[>Pesquisador]: Uhum. Distorcido por quê?

W.: Ah, perdeu um pouco o respeito... (Falta) de respeito ficar falando coisa dos outro... Além de tá se passando de meu pai ainda quer dar lição de moral, ele tem que se colocar no lugar dele... Garanto se eu tivesse jogado, meu pai verdadeiro tivesse me jogado na rua eu já teria entregado meu espírito pra Deus faz tempo... Era só o que faltava agora, bicho folgado.

[>Pesquisador]: Quem?

[W.]: Esse cara que mora comigo que fala que é meu pai. Um dia... Olha como ele é traçoeiro. Ele falou assim "eu vou quebrar a cabeça do W. hoje", pegou o travesseiro todo cheio de espuma assim e começou a fazer assim [gesto corporal]... Com o dedinho assim ó... Aí eu me irritei, empurrei ele, pegou a vassoura e sentou na minha cabeça, quebrou inteirinha na minha cabeça... Passa o dedo aqui...

Como vemos no primeiro trecho, muitos gestos corporais permeavam a fala de W. Eram inclinações na postura, abertura de boca, relaxamento muscular, olhos arregalados, uma ampla variedade de gestos que compunham seu modo de se expressar. Estes gestos eram apresentados de maneira destacada, W. dava grande ênfase a eles. Apesar disso, a expressão corporal não facilitava a compreensão do que se passava com ele, mas é certo que eles tinham um lugar importante em sua comunicação. Eu me perguntava sobre qual a função destes gestos, se haveria algo “por trás” deles, se talvez estariam a auxiliá-lo quando a palavra lhe faltasse. Questões.

Para além dos gestos corporais, W. referia-se a uma psicóloga que o teria salvado de um acidente. Ela estaria controlando sua mente, “asfixiando” seu emocional. Esta psicóloga, pelo que compreendi, atendeu de fato W. em 2004, quando ele realizava atendimento ambulatorial de psicologia. No outro trecho, o que se destaca, além do conflito a que W. se refere, é ele dizer que o conflito se deu com “*esse cara que mora comigo que fala que é meu pai*” – apesar de W. já morar sozinho quando chegou ao CAPS. Estes dois temas eram recorrentes e parecia que em torno deles havia um emaranhado de falas, um acumulado de “alguma coisa”, uma experiência que não era possível de ser expressa em palavras, pelo menos não organizadas à nossa maneira tradicional, linear, lógica e coerente.

É curioso que W., que solicitava tantos atendimentos, fazendo questão de conversar e aguardando pacientemente o horário da consulta, também se queixava de nós apenas conversarmos, apesar dos meus esforços para que ele se envolvesse em outras atividades.

[>Pesquisador]: *Do INSS? Ela falou o meu nome?*

[W]: *Não, eu que falei pra ela. Mas eu acho que ela sabe por tele sinapse.*

[>Pesquisador]: *Hum... E aí, o que você respondeu?*

[W]: *"Ele só conversa comigo, mas sempre continua a mesma coisa... Eu queria ir no templo do (Salomão), lá é tão bom."...*

[>Pesquisador]: *Uhum... E por que você não vai lá?*

[W]: *Eu vou ir domingo.*

W. fazia diversas referências ao período em que frequentava a igreja, seja a do Padre Marcelo (sobre a qual disse que, às vezes, dormia lá de um dia para o outro, aguardando o culto) ou, mais recentemente, o Templo de Salomão, da Igreja Universal do Reino de Deus. Ele dizia com frequência que queria voltar a frequentar a igreja, o que era incentivado por mim, podendo conciliar o acompanhamento no CAPS com

suas idas à igreja. Eu acreditava que a circulação de W. pela cidade seria saudável para ele, para que não se limitasse unicamente ao contexto dos serviços de saúde mental. No entanto, ele nunca foi. Era comum também, no início, W. subitamente querer desistir do tratamento, e muitas vezes a igreja aparecia como um substituto do CAPS:

[W]: Acho que eu não vou mais querer vim aqui, não. Pra ir pra igreja... Lá tem um (padrão) certo...
[>Pesquisador]: Padrão certo? Como assim padrão certo?
[W]: Não fica se expondo.
[>Pesquisador]: E aqui você acha que você se expõe? Por quê?
((silêncio))
[W]: Ficar contando as minhas coisa pros outro e acabo ficando assim doente.
[>Pesquisador]: Você acha que fica doente porque você conta pros outros? É? Se você não contasse, você não estaria doente?
[W]: Não, se eu tiver um padrão, (disciplinado) certo...
[>Pesquisador]: Hum... Se você estivesse num lugar disciplinado você...ia estar tudo bem? E aqui não é disciplinado?
((silêncio))
[W]: Que nem () falou "você vai no CAPS, quando você tiver bem aí você volta a trabalhar"...

Algumas frases pareciam estar marcadas em W. Ele as retomava literalmente. Dava a impressão de que seu registro estava intacto, invocava-as como uma espécie de ordem, com uma força quase organizadora em meio à confusão de palavras que apresentava. Podemos ver isso neste trecho “*você vai no CAPS, quando você estiver bem aí você volta a trabalhar*”, provavelmente dito pela médica do INSS ao avaliar o seu caso. Vale ressaltar que essas frases, que permanecem vivas e as quais W. se atem com frequência, parecem ter sido ditas por pessoas que possuíam alguma autoridade para ele; não são frases aleatórias e nem ditas por qualquer pessoa, mas por figuras que W. legitimava como possuindo um certo poder (e não apenas ele, pois essas pessoas – padres, médicos – são de fato reconhecidas e legitimadas socialmente como figuras de autoridade). A frase que talvez melhor ocupe este lugar, e que reaparece em diversas ocasiões é a que ele diz: “*falou pra mim obedecer meu pai, minha mãe e deus*”, dita provavelmente por algum padre ou líder religioso.

Apesar de apresentar um discurso significativamente desorganizado, W. possuía um vocabulário extenso e, muitas vezes, argumentava com certa lógica. W. era um dos pacientes que mais se expressava durante os atendimentos, destoando da maioria. Diante disto, passei a questionar o diagnóstico de esquizofrenia, buscando referências que pudessem me auxiliar a compreender melhor o caso. Mais do que

chegar a um diagnóstico, eu queria saber do que – e como – se tratava um caso como o dele. Por mais que não houvesse receitas prontas, alguma pista de como atuar deveria haver. Eu desconfiava que, por W. ter em grande parte sua autonomia preservada, não parecia se tratar de um caso de esquizofrenia, marcada pelo embotamento afetivo e acentuada desorganização psíquica. Em busca de esclarecimentos, de encontrar referências para compreender e atuar frente ao caso, fui procurar saber a respeito de outra entidade clínica, a paranoia.

7 PARANOIA? O QUE O CASO ME LEVOU A PENSAR

O termo paranoia fazia parte do que antes se chamou genericamente de psicose. A psicose contemplava diversos quadros clínicos, como, além da paranoia, a demência precoce e a loucura maníaco depressiva. Como vimos, Kraepelin foi o responsável por fazer uma distinção inicial dos quadros clínicos, que estavam todos sendo chamados de psicose, mas que apresentavam sintomas e evolução bastante diferentes.

Em 1899 Kraepelin publicou a sexta edição do seu Tratado de Psiquiatria. Ele já havia distinguido a demência precoce como uma entidade clínica distinta da loucura maníaco depressiva, mas havia expandido o conceito de demência precoce. Agora ela contemplava a paranoia, o delírio crônico de evolução sistemática e a esquizofrenia paranoide.

Segundo Pereira (2007), esta unificação de entidades clínicas não foi bem recebida na França. Os franceses não concordavam que os casos de paranoia tinham a mesma evolução dos delírios crônicos, que caminhavam para uma deterioração da personalidade e das faculdades mentais. Para eles, os quadros de paranoia, apesar de incuráveis, não implicavam em deterioração radical da personalidade, diferentemente da concepção kraepeliniana.

É nesse contexto que se insere o trabalho dos franceses Sérieux e Capgras. Em 1909 eles publicaram o artigo “As “loucuras raciocinantes” – o delírio de interpretação”, que marcou a oposição dos franceses em relação à nosografia kraepeliniana. Esses autores iniciaram distinguindo o delírio agudo ou secundário (que não seria uma entidade clínica) do delírio sistematizado crônico. O primeiro seria marcado pela falta de coordenação das ideias delirantes, marcado pela excitação, depressão ou confusão de início ou término súbitos, evoluindo progressivamente para um quadro demencial. Já os quadros de delírio sistematizado crônico seriam divididos em dois tipos: os que estão relacionados a uma psicose adquirida, que alteraria profundamente a estrutura psíquica da pessoa e se desenvolveria para um quadro demencial e, por outro lado, os casos relacionados à psicose constitutiva, que não acarretaria em prejuízo intelectual e nem evoluiria para um quadro demencial. Este último quadro eles denominam de psicose crônica à base de interpretações, ou delírio de interpretação (SÉRIEUX; CAPGRAS, 2007).

Como podemos observar, a ênfase desse segundo quadro reside na interpretação delirante. Os autores afirmam que há uma característica específica desta entidade clínica, que é o papel irrelevante – ou até mesmo a total inexistência – de alterações sensoriais, ou seja, de alucinações. A interpretação delirante ocorreria através de:

[...] um raciocínio falso que tem como ponto de partida uma sensação real, um fato exato, o qual em virtude de associações de ideias ligadas às tendências e à afetividade e através de induções ou deduções erradas, acaba por adquirir para o doente uma significação pessoal (SÉRIEUX; CAPGRAS, 2007, p. 341).

Seguindo na conceituação da interpretação delirante, os autores alertam que não haveria alteração sensorial: nem alucinação (interpretação sem objeto), nem ilusão (interpretação inadequada a um objeto). No entanto, ressaltam que com frequência comete-se o erro de atribuir-se à alucinação um fenômeno de interpretação, como em casos em que um doente afirma ter ouvido palavras de ofensa; muito possivelmente haviam vozes sendo pronunciadas, mas talvez não com aquele conteúdo.

A caracterização da interpretação delirante abrange sua distinção da interpretação falsa. Diferentemente do erro, a interpretação delirante possui implicações marcantes à subjetividade:

O erro na maioria das vezes é retificável, mas a interpretação delirante é incorrigível. O erro permanece isolado, circunscrito; a interpretação delirante tende à difusão, à irradiação, ela associa-se a ideias análogas e organiza-se em sistema. O erro não tem por objeto o eu; a interpretação delirante tem o eu por objeto, seu caráter egocêntrico é marcante. O erro não tem necessariamente repercussão na atividade do sujeito, frequentemente permanece teórico; a interpretação delirante tende a realizar-se, orienta e domina a atividade. O erro aparece num cérebro normal, a interpretação num terreno patológico. No primeiro não há lesão da personalidade, o que não acontece da mesma forma no segundo caso (SÉRIEUX; CAPGRAS, 2007, p. 342).

Os autores ainda resumem as cinco características do delírio de interpretação:

- 1) Multiplicidade e organização de interpretações delirantes;
- 2) Ausência ou pobreza de alucinações;
- 3) Persistência da lucidez e da atividade psíquica;
- 4) Evolução por extensão progressiva das interpretações;
- 5) Incurabilidade, sem demência terminal.

Para Sérieux e Capgras, o termo paranoia deveria ser reservado apenas para os delírios de interpretação e os delírios de reivindicação, pois seriam espécies clínicas de natureza distinta das demais. Kraepelin, em 1915, na oitava edição do Tratado de Psiquiatria, acabou por incorporar a contribuição dos autores franceses, distinguindo os delírios crônicos primários e sistematizados (paranoia) das formas paranoides de demência precoce, que viriam a ser chamadas de esquizofrenia paranoide (PEREIRA, 2007).

Sérieux e Capgras não foram os únicos (nem os primeiros) a pensar sobre o delírio e suas implicações clínicas. Segundo Maleval (1998), diversos autores da psiquiatria clássica se detiveram sobre o tema, identificando no delírio uma lógica evolutiva, um processo composto por etapas. É importante ressaltar-se que isto vale para os delírios crônicos e não os agudos, que fariam parte de quadros clínicos distintos. Griesinger, em 1845, trabalhou com a ideia de “monopsicose”, em que as diversas formas da loucura seriam uma sucessão de fases de uma mesma doença.

Ainda segundo Maleval (1998), outro que colaborou para uma melhor compreensão do delírio foi Lasègue, que publicou, em 1852, um artigo sobre o delírio de perseguição, provavelmente o mais comum entre os delírios. Lasègue atribui ao delírio de perseguição duas etapas: a primeira é caracterizada por um “mal-estar indefinido”, uma inquietação exacerbada, que tem origem em algum fato trivial, como um móvel fora do lugar ou uma conversa inofensiva, que geralmente não mereceria grande atenção dos demais, mas que são interpretados de modo diferente para o delirante. A segunda etapa do delírio de perseguição seria quando a pessoa passa a buscar uma causa para o seu sofrimento e atribui a outros a vontade de lhe causar este mal, seguindo o mesmo raciocínio: “este mal que sofro é extraordinário, não tenho nada a ver com isso, só pode ser algum inimigo que tenha interesse em me ver sofrer”.

Conforme o mesmo autor, em 1864 Falret afirmou que o delírio se desenvolve segundo leis próprias, e propôs três etapas do delírio: a incubação, marcada por um sentimento de angústia e prostração; a sistematização, em que haveria uma perturbação vaga das faculdades mentais e afetivas, com predominância de algumas ideias específicas, que seriam elaboradas contínua e insistentemente e, por último, um período de cronificação, em que o delírio já estaria estereotipado e seria imutável, sem agregar novos elementos a ele.

Já Magnan, em 1911, de acordo com Maleval (1998) desenvolveu e sistematizou a noção de “delírio crônico de evolução sistemática”, que ocorreria em

quatro períodos bem distintos: a incubação ou inquietação, marcada pela desconfiança e nervosismo, em que fatos comuns adquirem um significado pessoal para o sujeito; alucinações auditivas não verbais, como ruídos e murmúrios, podem ocorrer nesta fase. O segundo período é marcado pela perseguição e sistematização, em que os ruídos e murmúrios se transformam em elementos verbais e permanentes; o delírio se estereotipa e aparecem os neologismos, que tentariam dar conta das novas sensações que o sujeito vive. O terceiro período é chamado de grandeza, em que as ideias de grandeza apareceriam por dedução lógica (“se querem tanto me destruir, é porque devo ser alguém muito importante”), por alucinações ou, até mesmo, espontaneamente. O delírio de perseguição, nesta etapa, é atenuado, e há uma mudança no comportamento, com as ações e o discurso consonantes com a megalomania. O quarto e último período, Magnan chama de demência, por haver um prejuízo na memória e na atividade intelectual em geral. O sujeito passa a ter uma postura de indiferença em relação aos outros, e seu discurso, repleto de neologismos, torna-se incompreensível. Segundo Magnan, este ciclo pode variar muito, desde alguns anos até décadas. Muitos autores, após Magnan, discordaram da pertinência do quarto período; Maleval concorda que ele não é uma regra e atribui isto às más condições dos hospitais neuropsiquiátricos da época, que favoreceriam o quadro demencial pela falta de estímulos.

Outro psiquiatra, Clèrambault, a quem Lacan considerou como seu único mestre em psiquiatria, foi o responsável por desenvolver o conceito de automatismo mental, nos anos 1920. Este seria definido como “uma síndrome não sensorial, com pensamentos avançados, enunciação de atos, impulsos verbais, esvaziamento de memórias, tudo experimentado como de origem estranha” (MALEVAL, 1998, p. 38). Clèrambault dizia que o automatismo mental era, de início, neutro, primitivo e anideico, ou seja, que não segue uma sequência de ideias. Além do automatismo mental, haveria ainda o automatismo motor, marcado por tiques e espasmos, e o automatismo sensorial, com alucinações da sensibilidade em geral, como raios e ondas elétricas. O automatismo mental apareceria em decorrência de processos orgânicos patológicos, que irritariam alguns centros nervosos, por conta de perturbações circulatórias e problemas de nutrição celular, entre outros. Não havia, em Clèrambault, uma concepção psicogênica dos delírios; eles eram considerados como efeitos secundários do automatismo mental, que teria origem em uma patologia orgânica.

Maleval (1998) afirma, por último, que Levy-Valensi, também no final dos anos 1920 (e também professor de Lacan), trabalhava com a noção do delírio em quatro fases, do mesmo modo que Magnan. Contudo, ele aperfeiçoou a descrição do quadro de delírio crônico sistemático, desdobrando o segundo período, de sistematização, em dois períodos distintos, um de organização e outro de sistematização. No período de organização, o sujeito teria a convicção de que algo estranho lhe aconteceu, e passaria a concentrar sua atenção a fim de chegar a uma explicação. Na fase de sistematização, o delírio já estaria edificado, estruturado, e o sujeito é capaz de responder às perguntas: o quê? Quem? Como? Por quê? Desde quando? E então? O sujeito, nesta fase, já tem respostas para estas perguntas e pode dizer sobre o que ele acha que lhe aconteceu, sem perplexidade nem incertezas sobre isso.

Como vimos, muitos pensadores já se ocuparam da questão da loucura e do delírio, tentando apreender algumas especificidades de seu processo. Desde a loucura genérica, passando pelo termo psicose, sua diferenciação da demência precoce (que passou a ser chamada de esquizofrenia) e até a diferenciação dos quadros de paranoia, toda esta terminologia foi desenvolvida para se tentar esclarecer e, de alguma forma, organizar a loucura. Vale dizer que a Psiquiatria clássica não dispunha de uma teoria psicológica que pudesse explicar ou integrar o delírio, limitando-se a descrevê-lo. Isto só seria possível após as descobertas de Freud e com o início da psicanálise.

8 W. É O QUE IMPORTA

Voltando para nosso caso, parecia-me que W. se aproximava mais com o que atualmente chamamos de paranoia, fundamentalmente por ele não apresentar a desorganização psíquica característica da esquizofrenia. Além disso, W. apresentava um delírio estabelecido, talvez crônico. Eu pensava que isto poderia me nortear de algum modo e que me faria sentir que não estava absolutamente perdido no caso. No entanto, constatar o que eu via, encontrar um nome que contemplasse as características que eu observava, não era de grande valia, pois não forneceria elementos para pensar minha conduta no caso. Eu pensava que o delírio não poderia ser apenas critério para inclusão ou exclusão de um diagnóstico, acreditava que poderia ser feito algo com ele e através dele – até porque era isso que W. trazia para nossos encontros.

Tivesse o nome que fosse, eu precisaria lidar com o que W. me trazia. Ele contava sobre as relações que tinha com sua família, desde antes da morte de sua mãe até a convivência conturbada com seu pai e madrasta:

[>Pesquisador]: *Uhum. Você falou no medo da sua mãe, de ser internada, alguma coisa...*
 [W.]: *Ela ficava triste, ela falava pra mim... Minhas irmãs ficavam falando que a minha mãe morreu por minha culpa... Ela só andava mal por causa disso... Ela contou pra mim, acho que ela não contou nem pro meu pai...*
 [>Pesquisador]: *Quem falou isso?*
 [W.]: *Minha mãe.*
 [>Pesquisador]: *O que ela te falou?*
 [W.]: *Eu pensei que minha mãe morreu por causa de mim.*
 [>Pesquisador]: *Por algum motivo?*
 [W.]: *Mas passou, foi quando foi internada, internada mal e morreu até bem.*
 [>Pesquisador]: *Uhum. O que ela tinha?*
 [>Pesquisador]: *Ela tinha psicose, um transtorno que acontece. De vez em quando ela quebrava as coisa...*
 [>Pesquisador]: *Você se lembra da sua mãe?*
 [W.]: *Sim. Um dia ela falou assim, assim "ô W. o que é que tá tendo aí?", aí tava aberto assim lá no depósito né? Aí eu "ah mãe..." "W. você tem vergonha de mim, não é?" aí eu falei "não mãe, vamo lá, vamo...". Aí ela foi pegou... Ela era envergonhosa das coisas.*

Em relação a seu pai, neste outro trecho, W. conta sobre a sua saída de casa, motivada aparentemente pelos conflitos com ele, que chamava a ambulância para ele e ficava “jogando indireta”:

[W.]: *Quebrou a vassoura inteirinha na minha cabeça.*
 [>Pesquisador]: *Seu pai isso?*

[W.]: Não, esse que se passa como meu pai. Eu não fiz nada pra ele...
 [>Pesquisador]: Mas é aquele que já veio aqui?
 [W.]: Isso. Ele vai meter inveja ao diabo.... Ele só anda com inveja, eu não sei que sentimento é esse... Inveja. No Augusto Cury quem não tem inveja é os carismático...
 [>Pesquisador]: Hum... Ele fica agressivo com você?
 [W.]: Ele... Ainda bem que eu saí daquela casa.
 [>Pesquisador]: Hum... Por que você saiu?
 [W.]: Pra morar sozinho, melhor.
 [>Pesquisador]: Mas o que acontecia lá que não era legal?
 [W.]: Fica arrumando encrenca, jogando indireta... Chamando a ambulância sem eu fazer nada... Sem eu fazer nada. E ainda falava assim "ô tá gritando aqui". Cruz pesada...

De início, eu queria entender qual era o tipo de relação entre W. e seu pai. No atendimento realizado com ambos, eu não havia notado nenhuma tensão entre eles, mas sabia que em minha frente isto poderia ter sido disfarçado. Apesar do pai de W. não me parecer uma pessoa violenta, eu tinha dúvidas se, em momentos de crise, o pai não poderia ficar nervoso e agredi-lo fisicamente. Além disso, W. falava com frequência sobre episódios em que o pai teria batido nele e que queria jogá-lo na rua.

No trecho abaixo, pedi que W. comentasse sobre isso:

[>Pesquisador]: E... quando ela foi embora como é que ficou lá na sua casa?
 [W.]: Aí desvirtuou tudo, também... Aquela mulher que o meu... a C. que ele arrumou... eu tava no banheiro né? Eu tava fazendo... [gesto de masturbação]. Aí ela escutou e contou pro meu pai. Aí qualquer coisinha "essa daqui é a toalha do W. né?", aí meu pai começou a criar remorso contra mim, queria me jogar na rua...
 [>Pesquisador]: Uhum. E o seu pai queria te expulsar de casa?
 [W.]: Era meio () esse negócio... Tem uma psic... Acho que é uma psicóloga aqui do [nome da UBS], né? Ela "oi..." parou assim me olhando, aí ela "oi", eu "oi". Aí o (doutor) F. tava na sala, né "isso não pode acontecer". Aí o doutor F... Peraí que eu vou sair da sala. A S. minha professora... Era psicóloga também... () que tirando sarro de Deus... Ficava assim ó... Aí tinha a igreja de São Francisco Xavier... credo que lixo... E escrevia. Meu, eu sei que tem que respeitar né? Tem que ter um altruísmo nisso... A pessoa estuda, tem que ter um certo preparo e educação né? Não, agora ela fica tirando sarro...

W. conta algo sobre seu pai supostamente querer jogá-lo na rua, por conta dele estar se masturbando no banheiro. No entanto, quando tento focar neste episódio, W. desvia para o tema da psicóloga, juntamente com o de uma professora e mistura com uma igreja, de modo que não é difícil estabelecer relação com o que estávamos falando antes.

Outro ponto que merece destaque é este:

[>Pesquisador]: Quase cinco [meses]. Como é que tá sem trabalhar?

[W.]: Tá ruim. Ah mas ficar trabalhando naquela praça, um monte de gente... É gente do Padre Marcelo falando comigo "ah só falta as anteninhas...", as menina fica falando...

[>Pesquisador]: Que anteninhas?

[W.]: A minha. É seres diferentes...

[>Pesquisador]: Ah. Tipo te zoando, assim?

[W.]: Não.

[>Pesquisador]: Por que são seres diferentes, de anteninhas?

[W.]: É que isso aí é Jesus... ()

[>Pesquisador]: Hã?

[W.]: ()

[>Pesquisador]: Hum... Não conheço. E aí... Tá ruim sem trabalhar, mas trabalhar lá você também não gostava muito?

[W.]: Não gosto.

[>Pesquisador]: Não gosta?

((silêncio))

[>Pesquisador]: Por que você saiu? Você sabe?

[W.]: Não, () da empresa me afastou.

[>Pesquisador]: Mas por quê?

[W.]: Ela viu que eu não tava bem.

[>Pesquisador]: O que você tinha?

[W.]: Tava perturbado.

[>Pesquisador]: Como?

[W.]: Perturbação. Não tava me sentindo bem.

[>Pesquisador]: Uhum. E hoje, como é que você tá?

[W.]: Eu tô melhorando.

W. demonstra perceber o motivo que o levou a ser afastado da empresa: estava perturbado, não se sentia bem. No entanto, no início deste trecho, ele diz algo inusitado: "*gente do Padre Marcelo falando comigo 'ah só falta as anteninhas'...*". Parece que W. se refere a quando ele estava trabalhando na praça (possivelmente a praça de alimentação do shopping) e que pessoas do Padre Marcelo estariam falando com ele, que a ele "só faltaria as anteninhas". Aparentemente, considerando o relato de W., as anteninhas serviriam para distingui-lo em relação aos demais; ele seria um ser diferente, e as anteninhas "seriam" Jesus, conforme ele diz. Eu, na conversa, pouco pude fazer em relação a isto, apenas dizer que não conhecia as anteninhas que seriam Jesus.

A conversa acontecia. Às vezes fluía, às vezes embolava em pontos que eu queria entender melhor, detendo-me em algum assunto específico, mas não conseguia que W. de fato o abordasse. Mais adiante, quando ele mencionou que o que mais o estava incomodando é "*este negócio de asfixiar o pensamento*", eu tive dificuldade em compreender o que ele queria dizer com isso, e acabei por adotar uma abordagem metafórica, talvez inadequada no atendimento a psicóticos, que teriam uma relação mais concreta com a linguagem. W. me dirige a questão:

[W.]: *O que você acha disso? Asfixiar? Você que é médio formado...*
 [>Pesquisador]: *Asfixiar?*
 [W.]: *É o conformismo. Tem o coitadismo, o conformismo, não aceitar trava... Qual é o outro?*
 [>Pesquisador]: *Não sei.*
 [W.]: *Ah não se faça, é Augusto Cury (código) de inteligência...*
 [>Pesquisador]: *Não conheço...*
 [>Pesquisador]: *Mentes Brillhantes...*
 [>Pesquisador]: *Aham... Asfixia é ficar sem ar, né?*
 [W.]: *Não, asfixia é maquinando o pensamento... Não normal. Então, e esse negócio de asfixiar, o que você acha?*
 [>Pesquisador]: *Asfixia... Qual que é o termo todo que você...*
 [W.]: *O emocional...*
 [>Pesquisador]: *Pra mim, asfixia é perder o ar, perder o oxigênio, perder aquilo que... o combustível, vamos dizer assim, né? O meio pra vida, pra alguma coisa... Emocional, né? Então, se você asfixia o emocional pra mim é você sufocar as emoções quase...*
 [W.]: *Isso...*
 [>Pesquisador]: *Você sente as suas emoções sufocadas?*
 [W.]: *Não... É desde criança, desde criança mesmo (eu caí na burrice)... Eu tô (varrendo o quintal) e "nossa, sai daqui demônio"... Pensando que era coisa do demônio, mas não é.*
 [>Pesquisador]: *Não é? É coisa do quê?*
 [W.]: *Do psicológico.*
 [>Pesquisador]: *Uhum. O que você acha que acontece com você?*
 [W.]: *Eu começo a fazer as coisas erradas...*

Vale salientar que a conversa de W. começa dirigindo-se a mim, num movimento dele em que quer saber o que eu acho disso, dessa asfixia emocional, eu que sou “médio formado”. Eu já tinha uma posição como seu interlocutor, agora já tínhamos sintoma, transferência e demanda. Por mais que eu tentasse entender metaforicamente e, em alguma medida, conduzisse para uma abordagem da linguagem que não favorecia W., eu não afirmo o que a asfixia emocional seria, não esmago sua incógnita torta com alguma interpretação, não ocupo o lugar de dizer-lhe uma verdade sobre ele, de dar-lhe uma reposta. Eu tento compreender de meu modo, com o uso que eu faço da linguagem, talvez um tanto equivocado no caso, e quando pergunto se ele sente as emoções sufocadas, ele logo me nega, diz “não”, e traz o relato sobre a infância, em que teria sentido algo que o fez dizer “*nossa, sai daqui demônio*”. De início, essa sensação é atribuída ao demoníaco, mas em seguida W. diz que não era, que era do âmbito psicológico. Ao final, ele traz esta questão, de começar a fazer coisas erradas.

Em outro atendimento, ele retoma a questão de fazer coisas erradas:

[>Pesquisador]: *Você pensou em alguma coisa? Você tava querendo falar alguma coisa específica?*
 [W.]: *Medo de errar.*
 [>Pesquisador]: *Medo de errar.*

((silêncio))

[>Pesquisador]: *Você sente?*

((silêncio))

[>Pesquisador]: *Quando?*

[W.]: *Quando alguém me aproxima eu fico meio descontrolado.*

[>Pesquisador]: *Descontrolado como?*

[W.]: *Descontrolado. Porque a psicóloga fez aquilo eu fiquei descontrolado. Não consegui usar meus mecanismos certo.*

É pertinente que W. traga esta questão, considerando que ele tinha pouca interação social, apesar de boa autonomia. Ele conta de um desconforto na presença de outras pessoas, quando elas se aproximam ele se sente descontrolado. Creio ser importante ele falar sobre isso, tentar colocar em palavras o que sente, mesmo que para mim não ficasse claro. Aos poucos, outros elementos vão se formando em torno deste medo:

[W.]: *Quando eu ia pro INSS tinha uns menino da escola assim, bonito... Eu fiquei... Eu tava desequilibrado pensando naquela psicóloga, acabei me desequilibrando.*

[>Pesquisador]: *Hum. E você ficou olhando pra eles?*

[W.]: *Não.*

[>Pesquisador]: *Não?*

[W.]: *Não.*

[>Pesquisador]: *Por que ficou desequilibrando? Olhar pra eles e achar eles bonitos é desequilíbrio?*

[W.]: *Tem um certo padrão.*

[W.]: *Tem um certo padrão? Qual que é o padrão?*

[W.]: *Ah, medo de errar...*

[>Pesquisador]: *Uhum...*

((silêncio))

[>Pesquisador]: *E o que você faz quando tá com medo?*

[W.]: *Eu fico descontrolado.*

[>Pesquisador]: *Fica descontrolado? Uhum... E como controlar?*

[W.]: *Tirando isso.*

[>Pesquisador]: *Tirando isso? Você consegue?*

[W.]: *Sozinho não.*

[>Pesquisador]: *Não? Como você consegue?*

[W.]: *Assim, tirando... Com boas intenções.*

[>Pesquisador]: *Sozinho você não consegue? Com mais alguém você consegue? Com quem?*

[W.]: *Hum?*

[>Pesquisador]: *Com quem?*

[W.]: *Com você.*

[>Pesquisador]: *Comigo? Você acha que melhora?*

[W.]: *Melhora.*

[>Pesquisador]: *É? Quando?*

[W.]: *Agora.*

[>Pesquisador]: *Quando a gente conversa?*

[W.]: *Isso.*

[>Pesquisador]: *O que você sente quando a gente conversa?*

[W.]: *Um pouco de medo.*

[>Pesquisador]: *Um pouco de medo? Por quê?*

[W.]: *Porque a psico... Deixa eu contar. Ela me tirou do acidente, né, e passou coisa ruim pra minha memória e agora eu fico desse jeito, por isso. Ela me tirou do acidente, minha memória tá focada em coisa má. E a minha memória era boa. Ela que fez isso.*

[>Pesquisador]: *Uhum... Você falou que a sua memória tá focada em coisas más... Que coisas são essas?*

[W.]: *O que ela passou.*

[>Pesquisador]: *E o que foi?*

[W.]: *Foi... De ficar assim ó... Falado (). Aí depois ela (), pra acertar aqui, e outras coisas...*

[>Pesquisador]: *O que era pra acertar aí?*

[W.]: *Aqui, esse () que eu mostrei pra ela lá em cima, que... Ah você vai tirar o sarro (vendo que eu tô bobo)...*

[>Pesquisador]: *Não... Não tô. Por que você acha que eu tô tirando sarro?*

[W.]: *Não, é porque você tem estudo... E eu só fiz o colegial.*

[>Pesquisador]: *Hum. E o que você acha disso?*

[W.]: *Bom né? Você é doutor né?*

[>Pesquisador]: *Tá, não, mas o que você acha de eu ter estudo e de você só ter feito o colegial? Você acha que...*

[W.]: *É porque quando eu terminei o colegial desencadeou um monte de pensamento...*

[>Pesquisador]: *Que pensamento?*

[W.]: *Desencadeamento.*

Destaco quatro pontos do trecho acima: 1) W. relata que achou alguns meninos bonitos a caminho do INSS, e isso ser associado a um desequilíbrio, destoando de “um certo padrão” evocado por ele; 2) W. parece fundamentar seu medo no tal acidente, do qual a psicóloga o teria salvo e passou coisa ruim para a memória dele; 3) ele diz que nossa conversa o ajuda a se controlar, apesar de também dizer que sente medo quando conversamos e 4) a clareza que W. apresentava sobre seu próprio processo, como ele tentava compreender os estranhos acontecimentos que vivenciou e ainda vivencia, como dizer que quando ele terminou o terceiro colegial desencadeou um monte de pensamento, fazendo referência ao provável momento de irrupção da crise.

Um mês após passar a ir com frequência ao CAPS, W. começou a fazer algo diferente, passando a ligar para o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), dizendo que está com a mente perturbada. Ele já havia me revelado isto fora da sala de atendimento, e retomamos na consulta:

[>Pesquisador]: *E o fim de semana, como você passou?*

[W.]: *() por causa que essa psicóloga ficou assim ó... Aí eu tô confundindo. A psicóloga ficou passando coisa de viado pra minha cabeça. Aí eu não consigo me... Meus pensamentos é meio lento () fico meio desequilibrado.*

[>Pesquisador]: *Você chamou a ambulância que dia?*

[W.]: *Ontem.*

[>Pesquisador]: *O que você tava sentindo?*

[W.]: *Perturbação por causa disso.*

[>Pesquisador]: *Você acha que ser internado melhora?*

[W]: *É um processo que eu vou passar lá dentro, né? Aí quem sabe eu não melhora?*
 [>Pesquisador]: *Você já foi internado quantas vezes?*
 [W]: *Quatro vezes.*
 [>Pesquisador]: *Melhorou?*
 [W]: *Não era por causa disso, era por causa que não era meu pai, ele mandava eu internar, mas daquilo já passou. Aí ficou isso.*
 [>Pesquisador]: *Uhum.*
 [W]: *É o que a psicóloga tá passando coisa de viado pra minha cabeça... Assim ó... Ela é bem folgada, ela é que nem o Dom Fernando () deixei ele proteger alguns outros. Eu dei uma respirada assim... Aí ela "ai foi ele que falou, foi ele"... Essa doutora...*

Eu achava estranho ele ligar para o SAMU. Tentava entender o que de fato ele queria; será que tinha noção do que se passaria caso fosse internado? Como entender esta ação dele? Para mim, no mínimo era um sinal de que ele estava precisando de mais apoio, que o tratamento no CAPS estava sendo insuficiente. Ele já havia dito também que se sentia muito sozinho, que não tinha ninguém para conversar; nestas ocasiões eu lhe dizia que nós estávamos conversando bastante, que ele tinha todo apoio que precisasse no CAPS.

Do ponto de vista psiquiátrico, W. não apresentava os sinais clássicos que usualmente são parâmetros para justificar uma internação, a saber: colocar a si próprio ou a terceiros em risco. Eu tentava mostrar a ele que seria interessante aumentarmos a frequência dele no CAPS, para que ele não precisasse recorrer a um serviço de urgência. No entanto, esses chamados continuavam e aconteciam principalmente aos finais de semana, quando o CAPS não estava aberto. A ambulância, entretanto, não vinha, o que é comum em casos de saúde mental⁸, ainda mais em chamados feitos pelo próprio paciente, em que relata estar “com a mente perturbada”:

[>Pesquisador]: *Uhum. Legal. E o fim de semana, como é que foi?*
 [W]: *Meio ruim, eu liguei pra ambulância daquele... Que na minha cabeça tava a psicóloga fazendo assim ó... Aí (aquilo) eu tava confundindo, passando outras coisas pra minha cabeça. Acabei ligando.*
 [>Pesquisador]: *Não deu pra aguentar? Você tentou se... evitar de ligar? E aí, você ligou e o que eles falaram?*
 [W]: *Eles () enrola.*
 [>Pesquisador]: *É?*
 [W]: *Eles enrola.*
 [>Pesquisador]: *Enrolam por quê?*
 [W]: *Não vêm.*
 [>Pesquisador]: *Uhum.*

⁸ Há uma discussão importante no âmbito da saúde mental, que é a omissão do SAMU em casos que demandam internação. Por não serem considerados uma prioridade, os chamados feitos por equipes de saúde mental na maioria das vezes não são atendidos.

*[W]: A psicóloga tava passando coisa de viado pra minha cabeça.
 [>Pesquisador]: Quem?
 [W]: A psicóloga.
 [>Pesquisador]: Quando você pensou?
 [W]: Oi?
 [>Pesquisador]: Quando você pensou isso?
 [W]: Assim, é... Depois que ela ficou assim... Aí acabou confundindo, confundindo... Nunca mais... Assim ó... Aí ela vai fazendo assim... Tipo dá uma "neustragia", sabe, "neustragia", uma dor, uma dor "adormecente", ou então eu confundo.*

Eu seguia intrigado em como W. parecia viver consumido por seu mundo, à parte, e que, apesar disso, mantinha suas ligações com o mundo externo, agia ativamente na realidade, conseguia inclusive trabalhar, morava sozinho, sabia ligar para o SAMU e dizer o que estava sentindo. Contudo, ele fazia algo aparentemente sem sentido para mim, pois não conseguia entender o que ele queria ao ser internado, não sabia se ele tinha noção do que aconteceria se ele fosse internado, apesar de já ter sido internado outras vezes. Ele ser internado parecia-me altamente não recomendável, pois sabemos da falta de atenção que pacientes "psiquiátricos" recebem em hospitais gerais, ou até o simples fato de ser internado, de permanecer fora de seu lugar, sujeito às regras do hospital, por si só não parecia ser algo que ajudaria W. a ficar menos perturbado. Algo me fazia crer que não, W. não queria ser internado, apenas não sabia como lidar com o que o atormentava. Diante disto, comecei a tentar discernir com ele o que era imaginação e o que era realidade. Passei a retomar esta estratégia com frequência, tentando fazer com que ele conseguisse discernir e, talvez, modificar o que vivia. No entanto, não era tão simples como eu gostaria:

*[W]: Aí eu falei "tenho certeza que isso aí não existe", aí parou. Aí começou de novo, aí eu "Jesus, estrangular aí... raciocínio é estrangular, Jesus", aí ele ficou de lado assim...
 [>Pesquisador]: Você consegue diferenciar, W., o que é realidade do que é sua imaginação?
 [W]: Como assim?
 [>Pesquisador]: Você consegue separar o que é realidade do que é sua imaginação?
 [W]: Consigo.
 [>Pesquisador]: Consegue? Alguma vez você já teve dificuldade pra isso? Você ficou na dúvida se era realidade ou se era imaginação?
 [W]: É imaginação.
 [>Pesquisador]: O quê?
 [W]: Isso que eu penso.
 [>Pesquisador]: É imaginação? Nada disso do que você pensa é real?
 [W]: Real e imaginação que aconteceu.
 [>Pesquisador]: Uhum. Isso da psicóloga, por exemplo?
 [W]: Hum... Uma ajuda, meio recauchutar até eu chegar aqui.*

[>Pesquisador]: Uma ajuda meio recauchutada? Mas foi tudo real ou tem um pouco que é da sua imaginação aí?

[W]:: É que ela me deixou com sintoma. Nem eu mesmo sei explicar esse sintoma.

[>Pesquisador]: O que é sintoma?

[W]:: Se sentir, sentir uma coisa diferente que eu não consigo controlar.

Difícilmente pedir para que um psicótico faça essa distinção poderá fazer com que ele compreenda sua condição; um simples pedido desse não poderia fazê-lo perceber que sua mente estava fixada em uma memória, como ele dizia, e que aquilo não correspondia à realidade. Mas, o que podemos conceber como realidade para dizer que aquilo que W. vivenciava não correspondia à realidade? Se ele tinha uma vivência como aquela, ela não era real?

Para não cairmos em simplificações ou correremos o risco de estabelecer o nosso modo de conceber a realidade como regra, é importante ter em conta que a “realidade” em si não pode ser apreendida. A psicanálise nos conta que, além da realidade externa, há a realidade psíquica, que é preponderante. O que chamamos de realidade, assim como o que chamamos de “eu”, seria efeito de uma construção, de uma ação psíquica. Esta construção começaria no início da vida, quando o bebê, em seu desamparo, alcança uma satisfação através do leite materno. A experiência caótica ganha um sentido, doado pela mãe. O bebê, em um próximo momento, alucina o objeto de sua satisfação, que antes não possuía representação. A partir de então, ele buscará a satisfação original, mas ela será inapreensível, pois nunca será como o objeto primeiro, que foi apresentado sem a alucinação do mesmo (VIEIRA, 2003). O sujeito passará, então, a buscar sua satisfação através de outros objetos. A mãe, ao dar um sentido à experiência da criança, ocupa o lugar que Lacan chamou de Outro primordial, responsável por transmitir elementos simbólicos e culturais. A criança passa a estabelecer conexões entre seus impulsos e satisfações, a criar representações de suas experiências, e passará a reconhecer os objetos do mundo a partir disto. O contato com o mundo concreto seria, portanto, mediado através da realidade psíquica, que serviria inclusive como uma proteção da realidade “pura”, que seria vivenciada como um caos invasor, aniquilante e fonte de toda angústia (VIEIRA, 2003).

Na clínica, não importa se o que a pessoa está contando é “verdade” ou não. O fato dela estar se relacionando com o que diz já é significativo e material de trabalho, independentemente se há ou não procedência objetiva sobre o que é

falado. Com W., acredito que seja algo semelhante. Não cabe questionar se o que ele vive é real ou não, pois isto nos coloca problemas sobre o que (ou quem) define a realidade, além de não considerar a dimensão psíquica da realidade, o que já traria legitimidade para W. ter uma vivência como aquela, por mais absurda que fosse para mim. Estas falas sobre o que ele diz ter acontecido, os disparates que relatava envolvendo conversas com a TV, pessoas famosas que conversavam com ele, tudo aquilo apenas explicitava a diferença entre a realidade que eu habitava e a realidade vivida por ele.

Mas, como essas considerações só puderam ser realizadas a posteriori, quando pude pensar sobre o que já havia sido feito, voltemos ao caso. Eu atuava no sentido de fazer com que W. pensasse sobre o que estava se passando com ele, se ele seria capaz de fazer esta distinção entre realidade e imaginação, principalmente após ele começar a fazer ligações frequentes ao SAMU, em que se queixava de estar com a mente perturbada, com um medo decorrente do encontro com a tal psicóloga. O efeito produzido por estas intervenções eu, de fato, não sabia. Mas penso, hoje, que foi um limite meu, ou seja, uma dificuldade em lidar com toda aquela confusão trazida por W., que se referia a um atendimento com uma psicóloga ocorrido há uma década, mas que era vivenciado com uma atualidade impressionante. Eu atuava, então, tentando chamar sua atenção quando ele trazia algo que me parecia ser mais da ordem de um delírio ou uma alucinação. Como resultado, muitas vezes parecia que ele não se importava tanto com esta questão: às vezes falava que era imaginação (talvez para me satisfazer, já que eu insistia tanto nesta palavra), em outros momentos dizia que era imaginação e realidade e, em outros, dizia que era mesmo realidade. Vejamos estes trechos:

[W.]: Né. Eu tô um pouco confundido. Ela fazendo assim ó... Eu não tô prestando muita atenção no que ela tá fazendo, tá passando outras informação pra minha cabeça...

[>Pesquisador]: E ela tá onde?

[W.]: Na minha imaginação.

Em outro atendimento:

[>Pesquisador]: É, a gente tem falado um pouco aqui sobre tentar distinguir realidade de imaginação, né? Né W.? Parece, eu já falei outras vezes, que é difícil pra você separar a imaginação da realidade, né? Que a sua imaginação vira realidade, quase, não é? Lembra? Coisa que você acredita que ficaram gravadas na sua cabeça e você volta a imaginar elas, volta a imaginar e fica meio preso nessa imaginação, né?

[W.]: É melhor parar.

[>Pesquisador]: É, você já falou que é melhor parar...

[W.]: Melhor parar.

[>Pesquisador]: Mas é difícil de parar, né?

[W.]: Não, eu paro... Parei.

[>Terapeuta]: Como que você parou?

[W.]: Parei de pensar nisso, de raciocinar nisso... Parei.

E neste último:

[W.]: Não, ele tava me vendo. Eu só tava vendo ele, assim, de relance.

[>Pesquisador]: Mas como ele tava te vendo?

[W.]: Através de estudo.

[>Pesquisador]: Através de estudo você vê a pessoa?

[W.]: Claro, estalado as coisas certa aí sim...

[>Pesquisador]: Será que isso não foi imaginação W.?

[W.]: Não.

[>Pesquisador]: Não? Tá.

9 À BEIRA DO CAOS

Respostas diferentes para a pergunta: era assim que W. escapava do questionamento, que a ele provavelmente não dizia grande coisa. Mas acredito que, de algum modo, eu trazia um novo elemento, uma leitura possível para W., ao tentar localizar sua angústia como um problema de distinção entre realidade e imaginação. É claro que não se tratava apenas disto, mas foi como consegui abordar com ele seu pouco compromisso com a tal da realidade, inapreensível para todos, mas vivenciada de modo bastante singular por W.

Eu seguia atendendo-o quase que diariamente. Eram sessões em que ele apresentava muito conteúdo, com relatos delirantes sobre situações em que estava, temas religiosos, percepções físicas estranhas. O projeto terapêutico de W., como mencionado anteriormente, contemplava atividades em grupo, que ele pouco frequentava. Conversávamos, em reunião de equipe, que seria positivo se conseguíssemos envolvê-lo em mais atividades, que ele pudesse interagir com outras pessoas, pacientes e profissionais, mas não estávamos conseguindo de fato envolvê-lo nisto, que permanecia demandando apenas meus atendimentos individuais. Estes eram considerados por mim de difícil manejo, pois tinha sérias dúvidas sobre que direção o tratamento deveria tomar, o que eu deveria de fato fazer na sessão. Em muitos momentos, eu me sentia perdido, absorto em uma trama delirante, tentando escutar e juntar as peças de um quebra-cabeça que eu não sabia a figura. Diante disto, eu e a equipe – alinhados a tentar ampliar o leque de interações de W. –, pensamos que seria interessante que uma colega de equipe, recém-chegada ao CAPS, compartilhasse comigo um atendimento semanal a W. Para mim, seria uma possibilidade de ampliar a visão sobre o caso, tentar ver de outra perspectiva, introduzir um elemento novo, ver o que aconteceria. Conversei com W. sobre esta possibilidade, que foi aceita por ele.

Durante o atendimento compartilhado, W. contou sobre o contato que tem com seu pai e que escutava rádio evangélica. Entre falas mais objetivas, em que respondia às nossas perguntas, W. apresentava também um discurso que podemos dizer delirante, em que o sentido se perdia. Quando falamos sobre sua mãe e sobre a recordação que ele tinha dela, ele disse:

[W.]: Ela tá (sincronidade). Tem (), (sincronidade), lá na ().
 [>Pesquisador]: Como que é?
 [W.]: (Sincronidade).
 [>Terapeuta]: (Sincronidade)?
 [W.]: É, a eternidade tem, eternidade, (sincronidade)... (Parafísio)... ()
 movimento.

E em um outro momento, em que falávamos sobre sua participação nas atividades em grupo:

[>Pesquisador]: Agora ele tá participando dos grupos, né? Ontem, quinta-feira... Você ficou pra ver o filme ontem, não? Não, né?
 [W.]: (É que eu ia) pegar uma chuvona, ia chegar todo molhado em casa...
 [>Pesquisador]: É né?
 [W.]: Muda assim, um detalhe, muda toda história.
 [>Pesquisador]: Como assim?
 [W.]: Mudar o detalhe...

Em muitas situações como essa, em que W. falava sobre algo menos compreensível, eu preferia seguir adiante e manter a conversa em uma direção dada por mim, ao invés de esmiuçar o assunto na tentativa de compreendê-lo. Isto porque era impossível ater-se a todas as palavras proferidas por W., que tinham um conteúdo fantástico e surreal. Parecia que quando a conversa era encaminhada por nós, quando nós lhe dirigíamos a pergunta, ele bem ou mal sabia dizer, aquilo parecia fazer algum sentido. Mas quando não era fornecido um contexto, W. trazia à tona seu conteúdo caótico, sua linguagem inapreensível.

Mas como funcionava a linguagem de W.? Como concebê-la, como lidar com ela? Esmiuçar seu conteúdo em busca de entendimento ou deixar o fluxo correr e esperar uma melhora pelo seu próprio curso? O que fazia W. oscilar entre nos responder de modo razoável e, logo em seguida, falar sobre algo que não fazia o menor sentido?

À época em que realizei os atendimentos de W., por mais que estivesse envolvido com o caso, eu não conseguia me dedicar a uma pesquisa teórica que pudesse elucidar a questão de como deveria ser o seu atendimento, qual postura deveríamos adotar. Sendo assim, seguia o que achava que deveria fazer, posicionando-me como seu interlocutor, alguém que genuinamente se interessava pelo que ele vivia e que estava disposto a ouvi-lo, mesmo que tendo minhas limitações quando a conversa desandava para o sem sentido.

Acredito ser importante buscar mais referências, pois o modo de ser de W., como um todo, era um desafio à minha compreensão. Toda aquela história de ter sua família trocada pelo Padre Marcelo, da psicóloga que o salvou de um acidente e, agora, ligando para o SAMU para ser internado, mostravam-me o quanto ele funcionava em uma lógica diferente da minha. Suas falas demonstravam um outro compromisso com a realidade, ou, talvez, mostravam a sua realidade, construída a seu modo, repleta de delírios.

Podendo estudar o caso de W., agora, acredito que muitas perguntas minhas ficavam sem respostas enquanto eu o atendia. Considero ser importante, em nosso esforço de pensar sobre este caso, buscar referências teóricas que possam ajudar a pensar sobre ele. Neste sentido, é interessante observar-se que o pensamento freudiano teve uma abordagem inovadora em relação ao delírio, ao não o considerar como um sintoma a ser removido, mas como um possível caminho para a melhora.

10 PSICANÁLISE – PARA ORGANIZAR

O delírio apresentado pelo psicótico seria equivalente a um remendo, onde originalmente havia uma fenda na relação do ego com o mundo externo (FREUD, 1990a). Ao invés de considerar o delírio como um erro, Freud considerava-o uma tentativa de cura ou de reconstrução de uma nova realidade:

O paranoico reconstrói de novo o mundo, não mais esplêndido, é verdade, mas pelo menos de maneira a poder viver nele mais uma vez. Constrói-o com o trabalho de seu delírio. A formação delirante que presumimos ser o produto patológico é, na realidade, uma tentativa de restabelecimento, um processo de reconstrução (FREUD, 1990b, p. 94).

Em seus estudos psicanalíticos, Freud acabou dedicando-se mais a sistematizar sua teoria a partir do modelo neurótico, sem deixar de fazer considerações importantes sobre o tema da psicose. Dentre seus estudos, destaca-se o do caso Schreber⁹, “Notas Psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia”, de 1911. Grosso modo, Freud aponta a repressão como principal característica da paranoia, em que uma parte da libido seria retirada dos objetos, retornando para o ego e engrandecendo-o (FREUD, 1990b). Contudo, a repressão não seria totalmente exitosa, havendo um retorno do reprimido.

No final do texto “Neurose e psicose”, de 1923, Freud indica um caminho a ser percorrido para a compreensão das psicoses: “resta a considerar a questão de saber qual pode ser o mecanismo, análogo ao recalque¹⁰, por cujo intermédio o ego se desliga do mundo externo” (FREUD, 1990c, p. 91). Lacan, retomando os estudos de Freud, é quem vai se ocupar desta questão. Para dar conta deste fenômeno específico da psicose, análogo ao recalque originário da neurose, Lacan cunhou o termo Foraclusão do Nome-do-Pai, situando o psicótico em uma estrutura psíquica diferente do neurótico.

⁹ Daniel Paul Schreber era um proeminente juiz da corte alemã do final do séc. XIX, que foi diagnosticado com demência precoce e internado. Durante o curso de sua doença, ele desenvolveu um delírio de que Deus queria copular com ele, sem sua convicção. Depois, ele aceitou a missão que lhe foi dada por Deus e transforma-se em mulher, para dar origem a uma nova raça de seres humanos. Ele mesmo escreveu sua biografia, que o auxiliou a conseguir alta do asilo em que estava: Schreber, D. P. **Memórias de um doente dos nervos**. Tradução e introdução de Marilene Carone. 3 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2006.

¹⁰ Na tradução da editora Imago, a palavra utilizada é repressão. Contudo, há um consenso no meio psicanalítico de que o termo *Verdrangung* tem seu correlato mais apropriado em português na palavra “recalque”, que é a operação por excelência na neurose. Os problemas de tradução são uma constante em psicanálise, e muitas vezes alteram significativamente o entendimento dos conceitos.

Para a psicanálise, o ponto chave da neurose é o Complexo de Édipo. A triangulação vivida pela criança é que seria responsável pela castração simbólica, barrando o gozo do Outro primordial através da metáfora paterna, mais precisamente pelo significante Nome-do-Pai (QUINET, 2006). A criança, que se situava em uma relação especular com a mãe, ocupando o lugar de falo e identificada a ela, era objeto de gozo absoluto do Outro primordial. Para haver o Édipo, é preciso que o Nome-do-Pai atue no sentido de lei, não permitindo que a criança permaneça sendo o falo da mãe. Nesta operação realiza-se a metáfora paterna, com o Nome-do-Pai interditando o gozo imaginário e localizando-o na rede significante, do qual ele, o Nome-do-Pai, será o fiador simbólico, servindo de ponto de basta para as outras significações.

A função paterna é justamente barrar o gozo do Outro, encarnado pela mãe, arrancando a criança da posição de gozo que se encontrava quando era o falo da mãe. O Nome-do-Pai corresponde ao que é evocado no discurso da mãe e que a afasta da criança, fazendo com que esta perca o estatuto de falo da mãe. Por não ser o falo da mãe, barrada pelo Nome-do-Pai, a criança entra na lógica simbólica de ter ou não ter o falo, ou seja, é capaz de atribuir uma significação fálica.

É importante ressaltar-se a questão do gozo. Na neurose, o gozo do Outro é barrado pelo Nome-do-Pai e a libido é investida em objetos, que passam a ganhar significação. Lacan nomeia o objeto de desejo como “objeto a”, condensador de gozo, que move o sujeito na procura de satisfação, sempre inalcançável. O gozo, nos neuróticos, é investido em objetos articulados através da rede simbólica, estando localizado na cadeia significante.

Já na psicose, o Nome-do-Pai, significante mestre que amarra a cadeia significante, está foracluído. Foraclusão, do francês *forclusion*, é um termo do vocabulário jurídico e que indica prescrição, no sentido de ter expirado o prazo legal para uma apelação, de não o ter feito em tempo útil. Também é empregado, na gramática francesa, no sentido de uma negação, usada para designar algo que a pessoa desconsidera totalmente (QUINET, 2006).

O que está foracluído na psicose, mais do que o significante Nome-do-Pai, é sua função de metáfora paterna, de castração, de referência central (CALLIGARIS, 1989). Sem a intervenção do Nome-do-Pai, o sujeito permanece correlacionado ao gozo do Outro. Por isso que a psicanálise considera que o sujeito, na psicose, adota a posição estrutural de sujeito do gozo (QUINET, 2006), enquanto que na neurose ele é considerado um sujeito do significante. Sem um investimento objetual através da

cadeia de significantes, o sujeito psicótico acessa a linguagem, mas o faz de modo próprio, diferente do uso convencional.

Sem possuir um significante que sirva de referência fixa, a linguagem do psicótico aparece com frouxidão entre os elos da cadeia significante, justamente por não estarem ancorados. O que sustentaria o discurso do psicótico seria sua relação imaginária, especular, com o Outro primordial. Este, geralmente a mãe, fornece os primeiros sentidos da cultura. Esta relação especular é chamada por Lacan de bengalas imaginárias, que dão apoio ao psicótico antes da crise. A ausência do Nome-do-Pai faz com que a relação do psicótico com a linguagem seja diferente, anômala, pois não há lastro simbólico que ordene a cadeia significante. Calligaris (1989) compara a amarração da linguagem – a relação entre significante e significado – na psicose com um sujeito que tenta aproximar um ímã a um pedacinho de ferro: ele é capaz de aproximá-los, eles se juntam, mas não estão fixos, podendo deslizar a todo instante. Talvez por isso eu não conseguia acompanhar W. em sua fala e seus significados, pois ele, de fato, não estava se referindo à mesma coisa que eu, quando falávamos sobre a mesma coisa.

Além dessa amarração frouxa na linguagem do psicótico, Freud nos aponta uma outra questão, ligada ao fato do psicótico não ter barrado o inconsciente:

Na esquizofrenia, as palavras estão sujeitas a um processo igual ao que interpreta as imagens oníricas dos pensamentos oníricos latentes - que chamamos de processo psíquico primário. Passam por uma condensação, e por meio de deslocamento transferem integralmente suas catexias de umas para as outras. O processo pode ir tão longe, que uma única palavra, se for especialmente adequada devido a suas numerosas conexões, assume a representação de todo um encadeamento de pensamento (FREUD, 1990a, p. 227).

O inconsciente, por não estar barrado, agiria a céu aberto na psicose, transformando radicalmente a relação do sujeito psicótico com as palavras. A linguagem do psicótico não segue a significação fálica, normativa, que rege a sociedade. Por não haver esta referência compartilhada, o psicótico relaciona-se com a linguagem de modo próprio. Isto poderia explicar por que era tão difícil de manter uma conversa inteligível com W.: ele funcionava em outro registro, não tinha a mesma relação do que eu com a linguagem. Exigir que ele mantivesse uma conversa compreensível era como exigir lógica de um sonho: até existe, mas abarca tantos

elementos que, misturados e deslocados, é impossível ter qualquer compreensão imediata. Façamos uma breve pausa nas considerações teóricas.

Voltando ao caso, estávamos no atendimento compartilhado de W. com outra profissional. Eu pensava que seria uma oportunidade de W. contar para outra pessoa sobre sua história, sobre o motivo de estar ali, numa tentativa de que esse fato, de algum modo, pudesse ser organizador para ele, além de nos ajudar a tentar entender melhor sua história.

[>Pesquisador]: Conta para a V. um pouco sobre o início do seu tratamento?

[W.]: Foi no acidente que aconteceu.

[>Terapeuta]: Que acidente?

[W.]: Que o ônibus atropelou a criança.

[>Terapeuta]: Você viu isso? Não? E como você sabe desse acidente?

[W.]: Porque ficou um ônibus parado, e o carro da polícia. Cheguei lá "o que aconteceu aqui?", aí... Aí ficou gravado, a psicóloga me tirou, fez assim, me tirou, aí eu fiquei todo descontrolado assim, aí ela me controlou de novo. Já aqui no [nome da unidade de saúde]. Aí começou a passar coisa ruim pra minha cabeça.

[>Pesquisador]: Coisa ruim? Que tipo de coisa ruim?

[W.]: Essa da asfixiação, dela fazendo assim ó...

[>Pesquisador]: O que que era isso aí que ela fazia?

[W.]: Assim não, com a boca assim...

[>Terapeuta]: Quem fazia isso? A psicóloga?

[W.]: A psicóloga.

[>Terapeuta]: Hum...

[>Pesquisador]: Em que ano foi isso?

[W.]: 2004.

Esse acidente que W. tanto mencionava era percebido por ele como o início de seu estranho processo. Algo teria ocorrido nessa época, talvez um trauma de algum acidente que ele viveu ou presenciou; talvez não, talvez fossem apenas as palavras que funcionaram ali para aplacar sua angústia, as palavras que davam conta de ocupar o lugar de algo indizível. Eu ainda estava tentando organizar os fatos, encadeá-los em uma sequência mais ou menos lógica para mim. Revendo as informações trazidas por ele, sua mãe havia falecido entre o ano 2000 e 2001, quando ele tinha quatorze ou quinze anos. W. conta que fez tratamento no CAPS Infantil, não sabe precisar a data, mas podemos pensar que o atendimento teve início possivelmente após a morte de sua mãe. Ele diz que iniciou o tratamento por conta desse suposto acidente, que também aparece como sendo o motivo para ele passar a frequentar a igreja do Padre Marcelo, após a indicação de um amigo. W. passou a ir com frequência à igreja, inclusive dormia na porta aguardando o início do culto. A tal psicóloga, que ele dizia controlar a sua mente, é aquela por quem ele foi atendido a partir de 2004,

em regime ambulatorial, quando ele completou dezoito anos, e possivelmente deixou de ser atendido pelo CAPS Infantil. O tema do Padre Marcelo ter trocado a família dele é relatado como tendo acontecido em 2005.

Era bastante difícil juntar as peças deste quebra-cabeça. Em alguns momentos, W. parecia referir-se à psicóloga como tendo salvado ele do acidente, mas ela só teria aparecido após 2004, e o atendimento no CAPS Infantil começou antes, tendo sido motivado pelo tal acidente, o que seria logicamente impossível. Além disto, podemos acreditar que W. misture as referências de profissionais de Psicologia que o atenderam, como também é possível que esse acidente não tenha de fato acontecido, ou, pelo menos, que talvez se apresentasse como real apenas para W. Como vimos, considerando o uso próprio que o psicótico faz da linguagem, podendo ainda condensar e deslocar conteúdos para outras palavras, é de se imaginar que os relatos de W. não seriam guardiões fidedignos de fatos e datas, que pudessem me ajudar a compreender e organizar a sucessão dos fatos.

Considerando as informações que eu tinha, eu pensava que a crise de W. deveria ter ocorrido após 2001 e antes de 2004, ou seja, após a morte de sua mãe e antes dele ser atendido pela psicóloga em regime ambulatorial. Talvez entre 2002 e 2003. Mas, na verdade, eu não sabia muito bem no que esta informação sobre a crise poderia me ajudar a atuar no caso. Estabelecer um marco, um início para o transtorno de W., poderia me ajudar em quê? Isto eu não sabia, talvez fosse apenas uma fuga minha para sair do caos que predominava nos atendimentos, algo para que eu não me sentisse tão perdido, que pudesse organizar as etapas na minha cabeça, de um modo bastante neurótico.

O que me intrigava principalmente era a história de W.: o que teria ocorrido para ele se relacionar de modo tão diferente com o mundo? Como será que ele era antes, quando estava saudável? O que teria levado W. a estar assim? Essas questões eram bastante difíceis de se responder. Faltavam informações sobre como ele era antes, sobre sua história e como teria ocorrido a mudança, se é que de fato houve alguma. Como não sabemos, na prática, o que ocorrera com W., vejamos na teoria psicanalítica o que costuma estar em jogo na crise.

Vimos que o psicótico, antes da crise, sustenta-se através das bengalas imaginárias, ou seja, da relação especular com o Outro primordial. Isto pode funcionar mais ou menos bem até o momento da crise. Contudo, quando o simbólico exige que o sujeito se situe falicamente, o psicótico não é capaz de responder. A crise ocorreria

através de uma injunção, um chamado do simbólico, quando “alguma coisa chega a injunger ao sujeito a referir-se a uma função paterna” (CALLIGARIS, 1989, p. 35). A injunção é uma exigência, uma imposição que pressiona o sujeito a realizar algo; no caso, uma função paterna, uma referência simbólica central, que o psicótico não tem. Geralmente, a crise psicótica irrompe no final da adolescência ou início da vida adulta, fase em que somos convocados pela sociedade a nos situar falicamente. Como os sujeitos que foracluíram o Nome-do-Pai não possuem significação fálica e não estão ancorados simbolicamente, quando vem o chamado o sujeito não é capaz de responder, senão com o surto. Na crise ocorreria a dissolução do imaginário, que estaria sustentando o sujeito, que passa a não encontrar sentido algum, ficando sem nenhum tipo de significação (CALLIGARIS, 1989). Ao mesmo tempo, o gozo, antes mantido pela relação imaginária, é deslocalizado, fica sem lugar, compondo a fenomenologia da crise.

Se pensarmos no caso de W. e o seu momento de irrupção da crise, além dele mencionar que estava na adolescência quando começou a fazer acompanhamento psicológico, W. teve a perda da mãe pouco tempo antes. As situações em que ocorre um chamado ao simbólico são diferentes daquelas que nós, neuróticos, consideramos significativas, justamente porque já atribuímos uma significação neurótica ao que seria o desencadeador da crise. Talvez a perda da mãe não tenha tido o impacto de uma injunção para W. Contudo, com a morte dela, é de se esperar que o suporte fornecido pela relação especular com a mãe, seu Outro primordial, não estaria mais presente como antes. Isto deve ter fragilizado ainda mais W., que, pouco tempo depois, deve ter tido a crise. Possivelmente ele passou a ser atendido por um serviço especializado após a crise, o que procede ao se verificar que W. lembra-se do nome da rua do CAPS Infantil que ele frequentou, que de fato corresponde ao endereço do serviço. Em 2004, com 18 anos, deve ter saído do CAPS Infantil devido à idade e ter sido encaminhado para o ambulatório de saúde mental, onde foi atendido pela tal psicóloga a que ele tanto se refere, pois W. diz que é a psicóloga da unidade de saúde específica, que funcionava como ambulatório de saúde mental. Em paralelo a este atendimento, há a referência ao tal acidente, ambos em 2004. Segundo W., após o acidente ele passou a frequentar a igreja do Padre Marcelo e, em 2005, o padre teria trocado sua família.

Possivelmente as coisas teriam seguido, mais ou menos, este curso. Apesar de pouco me ajudar a saber o que fazer no caso, ao menos conseguia estabelecer alguns marcos, traçar alguma lógica que fizesse sentido naquela história tão

fragmentada que chegava para mim. Mas ainda faltava entender melhor o delírio, como ele poderia ser uma tentativa de cura, que tipo de cura ele poderia promover, e como?

Como vimos, a perspectiva psicanalítica lacaniana considera que na psicose não há inscrição simbólica através do Nome-do-Pai, o que faz com que o sujeito tenha uma relação frouxa com a linguagem. Após a crise, com a dissolução do imaginário, todo o mundo significado perde sentido e o sujeito fica sem significação. Nesta fenda aberta, onde houve solução de continuidade na relação do sujeito com a realidade, como dizia Freud (1990c), é que o delírio se instala, para tentar recobrar o sentido em meio à perda de referências. O gozo, que está deslocalizado após a dissolução do imaginário, precisa localizar-se. Esta seria, para a psicanálise, a função do delírio: tentar localizar um gozo disperso em uma construção significativa (MALEVAL, 1998). Vincular o gozo à letra, este seria o caminho.

Esse processo de tentar localizar o gozo na cadeia significante poderia explicar o motivo de psicóticos fazerem um grande investimento na linguagem. W. atropelava as palavras, apresentava um turbilhão de acontecimentos, relatava com detalhes situações diversas. Mas isto contrastava com seu investimento no mundo: W. era solitário, tinha pouca interação no meio social, de modo que as situações que ele relatava eram incompatíveis com sua vida aparente, ou seu padrão de investimento em objetos. Freud (1990a) aponta que há na psicose um privilégio na relação com as palavras, em detrimento dos objetos:

Se, na esquizofrenia, essa fuga consiste na retirada da catexia instintual dos pontos que representam a apresentação inconsciente do objeto, pode parecer estranho que a parte da apresentação desse objeto pertencente ao sistema Pcs. - a saber, as apresentações da palavra que lhe correspondem - deva, pelo contrário, receber uma catexia mais intensa. Deveríamos antes esperar que a apresentação da palavra, sendo a parte pré-consciente, tivesse de suportar o primeiro impacto da repressão e fosse totalmente incatexizável depois que a repressão tivesse chegado às apresentações inconscientes da coisa. Isso, é verdade, é algo difícil de compreender. Acontece que a catexia da apresentação da palavra não faz parte do ato de repressão, mas representa a primeira das tentativas de recuperação ou de cura que tão manifestamente dominam o quadro clínico da esquizofrenia. Essas tentativas são dirigidas para a recuperação do objeto perdido, e pode ser que, para alcançar esse propósito, enveredem por um caminho que conduz ao objeto através de sua parte verbal, vendo-se então obrigadas a se contentar com palavras em vez de coisas (FREUD, 1990a, p. 149).

Freud nos diz que o recalque próprio à psicose, que estamos considerando como a Forclusão do Nome-do-Pai, ao realizar a repressão, não alcança a parte pré-

consciente dos objetos, que é sua apresentação como palavra. Logo, como essa parte do objeto permanece catexizável, ou seja, é possível de ser investida de libido, ocorre o investimento por parte do psicótico. Este investimento é o que visa a satisfação com o objeto perdido, da mesma forma que os neuróticos. Mas, como a cadeia significante na psicose está quebrada, o gozo permanece deslocalizado, não figurando na rede simbólica como “objeto a”, que condensa o gozo dos neuróticos.

O delírio, diferentemente da completa desordem discursiva, estabeleceria-se quando houver um significante que faça suplência ao significante Nome-do-Pai (CALLIGARIS, 1989), ou seja, que funcione como referência para outros significantes e que, assim, o psicótico possa reconstruir seu mundo. Isto é o que Lacan chamou de metáfora delirante, que seria o caminho para um psicótico encontrar não sua cura, mas um sintoma que funcione, assim como é o Complexo de Édipo para os neuróticos. Constituir um delírio seria fazer com que um significante se articule com outros. Como o psicótico não se relaciona com os objetos, mas com as palavras, teríamos que a metáfora delirante poderia funcionar como uma letra condensadora de gozo (MILLER, apud QUINET, 2006). O caminho do delírio seria, portanto, um investimento nas palavras, para que se consiga erguer um significante capaz de articular-se a outro(s), penetrando no meio simbólico; assim, o discurso do psicótico não ficaria no vazio, podendo estabelecer laço.

Em relação ao gozo, é importante destacar o modo através do qual ele se realiza, o que ele é capaz de investir, pois, numa visão psicanalítica, isto é o que estaria na base da distinção entre os quadros de esquizofrenia e paranoia. Segundo Quinet (2006), nos quadros de esquizofrenia, a libido que regrediu após o surto não consegue sustentar nenhuma relação objetual, permanecendo na posição autoerótica. Já na paranoia, a libido investe as palavras ao invés dos objetos, mas ainda é capaz de circular, delimitando seu gozo nesta dimensão – é por isso que os psicóticos teriam que se contentar com palavras ao invés de coisas. O delírio seria esta tentativa de levar o gozo às palavras, tirando o sujeito de um investimento autoerótico, separando o gozo de seu próprio corpo e localizando-o em algo externo a ele (QUINET, 2006). O delírio seria, portanto, uma saída da esquizofrenia para a paranoia.

É importante mencionar o trabalho sobre o delírio de Maleval, de 1998, que retoma algumas contribuições da Psiquiatria e as articula com a teoria psicanalítica. Para ele, o delírio está intimamente relacionado ao gozo, mais especificamente à posição do sujeito frente ao gozo do Outro. Ele propõe quatro etapas para o processo

delirante. No primeiro período, de incubação, o sujeito vivencia um estado de inquietação, perplexidade e extrema angústia, decorrentes da carência paterna fundamental, e que revelam a deslocalização do gozo.

O segundo período é marcado por uma tentativa do sujeito em dar uma explicação sobre o que houve e tentar remediar a angústia. Para tanto, realiza uma mobilização do significante, buscando dar um significado para sua vivência. Na tentativa de significantizar o gozo, o sujeito formula algo razoável para ele; contudo, o delírio ainda não é capaz de funcionar como uma sutura, permanecendo a angústia e a perplexidade.

No terceiro período, o gozo do Outro já se encontra localizado a um significante, forjado no período anterior. O sujeito é capaz de restabelecer um fundamento organizador do mundo, mas ainda persiste o eco de violência operada pelo Outro. Este resquício se apresenta na forma de perseguidores, os significantes localizados. São comuns as referências às figuras paternas, que surgem como figuras obscenas de gozo desenfreado.

A quarta e última etapa é marcada pela conciliação total do sujeito com a realidade que construiu. Agora, o sujeito consente com o gozo do Outro, pois sente que através dele alcançou um saber essencial. O psicótico frequentemente atribui este saber a uma figura paterna toda poderosa, da qual ele pode ser porta-voz ou até mesmo sua encarnação.

As quatro etapas formariam o curso de um delírio estabelecido, no sentido de uma evolução da relação do sujeito com o gozo. Segundo Maleval (1998), nem todos os psicóticos percorrem as quatro fases, e é possível também haver um retrocesso das etapas, levando a posições mais angustiantes. Se fôssemos resumir as quatro etapas, enaltecendo a relação do sujeito com o gozo, teríamos: deslocalização do gozo, tentativa de significantização do gozo do Outro, identificação ao gozo do Outro e consentimento ao gozo do Outro.

Se pensarmos no caso de W., podemos deduzir que já exista, em alguma medida, um delírio constituído. Isto porque W. conseguia utilizar-se da linguagem, demonstrava partilhar de um significado comum e, principalmente, conseguia desenvolver outras atividades, notadamente o seu emprego como auxiliar de limpeza, o que exige minimamente alguma possibilidade de suportar a angústia de não ter um referencial organizador, de não ficar completamente desorganizado em termos psíquicos.

Contudo, apesar de notarmos que já houve um processo de consolidação do delírio, não podemos afirmar que este seja de fato consistente. Se antes W. fora capaz de exercer sua função em seu emprego, no momento dos atendimentos ele estava afastado, possivelmente sendo invadido pelo conteúdo ameaçador de seu delírio. Se era verdade que W. conseguia partilhar usos e significados da linguagem, em outros momentos a comunicação com ele era bastante difícil e truncada, sem que fosse possível haver um entendimento real do que ele estava dizendo. Se W. era capaz de estabelecer laços sociais, tendo chegado a trabalhar formalmente, no momento dos atendimentos ele encontrava dificuldades para isso, limitando-se a ambientes protegidos, como o CAPS, que possui uma abertura maior para vozes dissonantes do senso comum.

Isso evidencia como o processo delirante é tortuoso e dinâmico. Considerando-se que W. já tivera quatro internações anteriores, podemos pensar que a consistência da metáfora delirante é relativa e, muito provavelmente, cada crise era um sinal de inconsistência da função de referência que a metáfora delirante era capaz de estabelecer, ou então a sensação aterrorizante de estar submetido ao gozo do Outro teria ganhado força, configurando uma nova crise.

Voltando ao caso, estávamos ainda no atendimento compartilhado com outra profissional, e com W. fazendo ligações frequentes ao SAMU. Durante este atendimento, W. trouxe uma nova questão:

[>Terapeuta]: E você vai até hoje nessa igreja?

[W.]: Não, parei. Eu perdoei ele, mas eu parei.

[>Terapeuta]: Perdoou quem?

[W.]: O Padre Marcelo.

[>Terapeuta]: Ele te fez alguma coisa?

[W.]: Pegou minha família, levou pra outro lugar e colocou outras pessoa no lugar. Quase igual.

[>Terapeuta]: E faz tempo que ele fez isso?

[W.]: 2005.

[>Pesquisador]: E essas pessoas aí que... foram colocadas no lugar da sua família... Você não se deu bem com elas?

[W.]: Se dei.

[>Pesquisador]: Se deu? Uhum. E sua família mesmo?

[W.]: Tá em outro lugar. Padre Marcelo falou que vai fazer meu aniversário e vai entregar minha família num campo de futebol...

Apesar do discurso de W. ser bastante volátil e impreciso, podemos deduzir de sua fala que há um movimento em relação à angústia de ser objeto de gozo do Outro: Padre Marcelo fez o que quis com W., trocou sua família, mas irá devolvê-la em breve,

inclusive há um perdão de W., que diz não frequentar sua igreja, mas que o perdoava. Eu não sabia como entender isto, mas, para mim demonstrava que havia algo se passando, era um sinal de alguma movimentação no mundo de W., e me parecia algo positivo, pois falava de um apaziguamento, de uma possível reconciliação, seja lá do que estivesse em jogo ali. Apesar de não saber ao certo o papel do Padre Marcelo na trama, não havia dúvidas de que ele ocupava uma posição importante, fazendo com que esta mudança de postura de W. em relação a ele já fosse algo significativo. De fato, se considerarmos que o delírio é um meio para a reconstrução do mundo, e que há uma posição estrutural do sujeito psicótico ser objeto de gozo do Outro, é interessante que haja um movimento nesta direção de reconciliação. Mas não consideraremos que estivesse havendo, como Maleval indica na quarta etapa, uma “total reconciliação”; contudo. Considerando a fala de W., não podemos negar que estivesse havendo um movimento nesta direção, mas, se havia de fato um movimento nesta direção, por que W. continuava a ligar para o SAMU? W. flutuava tanto que seu movimento parecia ser simultâneo e em direções opostas.

O fato é que W. seguia chamando o SAMU. O motivo, por mais que não fosse claro para nós, parecia localizar-se na figura da psicóloga, que estaria “*colocando coisa de viado*” na sua cabeça:

[>Pesquisador]: *E aí, você ligou e o que eles falaram?*

[W.]: *Eles enrola.*

[>Pesquisador]: *Enrolam por quê?*

[W.]: *Não vem.*

[>Pesquisador]: *Uhum.*

[W.]: *A psicóloga tava passando coisa de viado pra minha cabeça.*

[>Pesquisador]: *Quem?*

[W.]: *A psicóloga.*

[>Pesquisador]: *Quando você pensou isso?*

[W.]: *Assim, é... Depois que ela ficou assim... Ai acabou confundindo, confundindo... Nunca mais... Assim ó... Aí ela vai fazendo assim... Tipo dá uma neustragia, sabe, neustragia, uma dor, uma dor adormecente, ou então eu confundo.*

[>Pesquisador]: *Uhum.*

((silêncio))

[W.]: *É isso.*

[>Pesquisador]: *Sei. E aí você pensava que tava passando coisa de viado pra sua cabeça? E tava ou não?*

[W.]: *É por causa que ela pegou tão... essa... assim ó [gesto facial]... Acabou pressionando, acabou ficando desequilibrado.*

[>Pesquisador]: *Uhum. Essa cara que você faz é a cara que ela fazia?*

[W.]: *É assim, ó.*

W. segue “recebendo coisas”, sendo invadido, confundido, pressionado, desequilibrado. Seu sofrimento era inexprimível, recorria a diversos gestos faciais; quando usava as palavras, ele as pronunciava de modo fatalista, como se tudo aquilo fosse inevitável, falava rápido, num bloco sem brechas. Eu seguia tentando fazer com que ele falasse, com que articulasse seus sentimentos e sensações às palavras, tentando criar um caminho. Aos poucos, o tema da sexualidade passou a ganhar mais corpo nos atendimentos:

[W.]: Eu me sinto fraco sexualmente, mente fraca pro lado oposto.

[>Pesquisador]: Que lado oposto?

[W.]: Dos homem, eu fico meio com medo.

[>Pesquisador]: Medo? Fraco sexualmente...

[W.]: Medo.

[>Pesquisador]: Medo do lado oposto, dos homens... Qual é o lado oposto dos homens?

[W.]: (De achar bonito), de ficar com medo de fazer alguma coisa errada.

[>Pesquisador]: De achar bonito? De achar homem bonito?

[W.]: Uhum.

[>Pesquisador]: Você acha isso errado? Achar homem bonito?

[W.]: Não, bonito, mas... Eu tenho um padrão certo.

[>Pesquisador]: Que padrão certo?

[W.]: Assim, o padrão certo.

[>Pesquisador]: E qual que você acha que é o padrão certo?

[W.]: Normal.

E neste outro trecho, em que faço uma intervenção complicada:

[W.]: Aí depois ficou passando coisa errada pra minha cabeça, aí eu fiquei com o pensamento mal.

[>Pesquisador]: Então, você traz bastante isso...

[W.]: Ela usou essa área do meu cérebro, eu acabo fazendo coisa errada. Porque eu não tava assim... Antes do acidente eu... Eu só tinha um pouco de medo do acidente só né? Mas foi passar outras coisas, aí o medo que eu tenho da cara dela...

[>Pesquisador]: Você sente a mente fraca, você tem medo de fazer coisa errada... Sente medo de pessoas bonitas, traz um pouco essa questão da sua sexualidade... De uma coisa meio homossexual que te atormenta...

[W.]: Não, não, não... Não é homossexual não. Tá bem longe disso.

[>Pesquisador]: É?

[W.]: É só alucinação.

[>Pesquisador]: Alucinação?

[W.]: Alucinação.

[>Pesquisador]: Como que é?

[W.]: () Assim, parece que meu olho tá alterado, eu não tava assim. Eu vejo assim, as pessoas com cores mais fortes...

[>Pesquisador]: Então, homossexual que eu falei é porque você já falou algumas vezes...

[W.]: Não, distúrbio sexual.

[>Pesquisador]: É, nos seus termos, você disse umas “coisas de viado” que ficavam...

[W.]: Não, distúrbio (homo)ssexual.

No trecho acima, minha fala foi no sentido de aventar a possibilidade de W. reconhecer algo de homossexual em seus desejos, possibilidade que foi logo refutada enfaticamente por ele. Lacan chega a dizer, em seu texto “Uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose”, que intervenções no sentido de reconhecer uma homossexualidade latente poderiam produzir efeitos catastróficos no psicótico (LACAN, 1998). Abordar a sexualidade conduzindo-a para uma significação fálica poderia ser o bastante para a irrupção de uma crise, uma vez que o psicótico não poderia responder a tal demanda, já que ele não conseguiria dar um significado ao seu falo e, por conseguinte, à sua posição masculina. Contudo, como vimos, a psicanálise aponta que a posição estrutural do psicótico é de ser objeto de gozo do Outro. Temos, portanto, que o psicótico deve ser o falo, mas não consegue dar significação para seu falo. Se é verdade que um dos primeiros objetos a serem significados é o órgão genital, que distingue meninos de meninas, o psicótico não teria condições de situar-se na divisão dos sexos. Segundo Quinet, (2006), Lacan diz que o psicótico é um ex-sexo, por ele se situar fora da questão sexual. Mas fora não quer dizer ausente. Por não conseguir alcançar um significado fálico, haveria uma tendência do psicótico situar-se do lado feminino, em que não há um falo para significar. Sendo assim, Lacan disse que haveria um “efeito empuxo-à-mulher” na psicose, que seria justamente essa tendência do psicótico em adotar a posição feminina, já que não tem um falo significantizado, ao mesmo tempo que é pressionado para ser o falo do Outro. Calligaris (1989) chega a dizer que não haveria:

[...] um só delírio constituído, no qual a questão da sexuação do sujeito não esteja particularmente viva. Viva no sentido em que a significação que o sujeito acaba obtendo na constituição deste delírio é prioritariamente a significação sexual (CALLIGARIS, 1989, p. 38).

Não concordamos com Calligaris quando ele afirma que todo delírio deva passar pela significação sexual. Isto incorre no perigo de se supor que se conhece os caminhos do inconsciente, como se ele tivesse um percurso pré-determinado, e reduz a questão do investimento de libido à sexualidade, como se, mesmo na psicose, a libido se direcionasse à satisfação sexual, tendo o gozo necessariamente que passar pelo campo sexual.

Ora, a psicanálise é “uma” das formas de se abordar a psicose e o delírio, com teorias e conceitos que podem nos ajudar a ter uma melhor compreensão do que

acontece na psicose. Situar Édipo como universal, e não como uma formação inconsciente produzida por uma libido que é confinada à família, incorre em certa legislação sobre o desejo, compreendido como falta. Não estamos aqui desconsiderando a importância do componente sexual, nem mesmo da significação genital, muito menos as contribuições da psicanálise para a compreensão de processos psicóticos. Com efeito, existe uma pluralidade de “psicanálises”, com diferentes modos de se conceber e praticar a clínica, com maior ou menor ênfase em determinado conceito ou aspecto, que não é possível dizer em nome da psicanálise. Mas ela não deve ser tomada como a única referência, pois com isso podemos nos privar de captar outros movimentos, outros aspectos que a psicanálise não aborda, sobre o que está em jogo na psicose e no delírio.

Não haveria outros termos, outros conceitos, capazes de nos levar mais adiante em nossa apreensão do delírio de W.? Mais do que uma resposta, interessa-nos poder pensar o caso de W. em sua complexidade, como um caso singular dentro da multiplicidade que é o ser humano e a própria loucura. Algo que extrapola encontrar uma explicação, como a forclusão do Nome-do-Pai, ou encontrar um objetivo norteador, como a metáfora delirante. Interessa-nos mais pensar o processo do caso, mantendo a originalidade de sua trajetória, sem referenciá-lo a um esquema explicativo pré-concebido.

11 ESQUIZOANÁLISE – PARA DESCONSTRUIR

A esquizoanálise, de Deleuze e Guattari, utiliza-se de outros conceitos e princípios, trazendo modos inovadores de se pensar a produção de subjetividade e a própria psicose. Não há nenhum interesse em afirmar a esquizoanálise como um novo modelo, como um novo idealismo a ser seguido, pelo contrário: não há nenhum manual de como se deve fazer, mas sim um convite à experimentação, a se colocar no processo e fazer algo funcionar, visando sempre um processo de singularização, de potencialização da vida.

Trata-se de uma obra complexa, com uma série de conceitos que formam um projeto filosófico, estético e político, que em muito ultrapassa os limites deste trabalho. Mas algumas de suas ideias tiveram grande impacto no campo da saúde mental e na psicanálise, com críticas importantes em relação a esta. Os principais pontos dirigem-se à ideia de que o Édipo seja universal (e não uma formação inconsciente possível) e ao fato da psicanálise ter uma abordagem reducionista do inconsciente, submetendo-o a uma estrutura significante, como se o inconsciente precisasse ser interpretado e significado.

A esquizoanálise tem outro modo de pensar o problema do esquizofrênico e do delírio, que passa pela maneira de se conceber o inconsciente e o desejo. Deleuze e Guattari estão interessados em pensar o campo molecular que determina nossa maneira de apreender o mundo, o campo das intensidades que resultam em nossa apreensão formal do que chamamos de realidade. Este elemento molecular os autores chamam de máquinas desejanter. As máquinas estão por toda parte da Natureza e do campo social, realizando um sistema de corte-fluxo: uma máquina corta um fluxo qualquer, seja um fluxo natural, como um alimento ou uma molécula de água, ou um fluxo político ou econômico. As máquinas desejanter é que determinarão o desejo, em função dos agenciamentos que forem realizados. Isto porque na concepção esquizoanalítica, o desejo não existe em si, mas sempre maquinado, agenciado (DELEUZE; PARNET 1998).

Vale situar minimamente o conceito de agenciamento, pois ele é importante para a abordagem esquizoanalítica. Um agenciamento coloca em relação dois elementos heterogêneos, um de conteúdo e outro de expressão. Ele os articula, faz com que fiquem juntos, um correspondendo ao outro, sem haver privilégio de qualquer um. Em uma face ele se refere ao conteúdo, formando um regime de corpos, na outra

face, referente à expressão, o agenciamento produz um regime de signos. Os signos não devem ser confundidos com a linguagem, eles são anteriores e condições para ela.

Os agenciamentos é que atualizam uma multiplicidade, que fazem com que seus elementos se relacionem e produzam o mundo. Os agenciamentos podem ter características diferentes, dependendo da qualidade das linhas que eles colocam em relação. Eles podem juntar linhas duras, codificar um fluxo, unificá-lo e hierarquizá-lo. A estes são reservados o nome de agenciamento molar ou estratificado. Outro tipo de agenciamentos são os que descodificam, desterritorializam, abrem o fluxo para uma multiplicidade, incluem uma diferença, são rizomáticos. Estes são chamados de agenciamentos moleculares ou maquínicos (DELEUZE; GUATTARI, 1997).

Os agenciamentos estratificados fazem parte da multiplicidade e configuram realidades dominantes, normativas, zonas estáveis, fortemente territorializadas, limites fixos, uma identidade e uma unidade totalizável. Estes são fatores que “fecham” um agenciamento, que o limitam e diminuem sua potência vital. Já os agenciamentos moleculares são aqueles que fazem passar uma intensidade por entre seus elementos, que traça uma linha que não faz contorno, uma linha abstrata, que abre o agenciamento para novas conexões.

Segundo a crítica esquizoanalítica, a psicanálise mantém um agenciamento estratificado do desejo e do inconsciente, neutralizando sua potência intensiva para rebatê-lo “sobre uma grade de interpretação todinha pronta e já codificada” (DELEUZE, 2016a, p. 91). Ao invés de apreender o desejo e sua busca por intensidades, a psicanálise somente vê Édipo e o pai. A noção de desejo é bastante diferente na esquizoanálise, que não admite uma instância reguladora ou extrínseca como natural ao desejo.

Para afirmar essa posição é que o conceito de corpo sem órgãos¹¹ foi criado. O corpo sem órgãos é justamente o corpo do desejo, sem submetê-lo a uma organização, a um organismo, em que as partes são articuladas, cada uma com sua função, em prol de uma totalidade. O corpo sem órgãos é, ao contrário, “matéria intensiva e não formada, não estratificada, a matriz intensiva, a intensidade = 0” (DELEUZE; GUATTARI, 1996, p.13), por onde somente intensidades passam e

¹¹ O termo Corpo sem Órgãos foi criado por Antonin Artaud, dramaturgo e poeta francês que foi tido como louco e internado em hospitais psiquiátricos na primeira metade do séc. XX. Deleuze faz deste termo um conceito em *Lógica do Sentido* e, posteriormente, com Guattari, em *Anti-Édipo* e *Mil Platôs*.

circulam. O zero aqui não quer dizer ausência, nem negatividade, apenas que não há uma unidade (=1) e que a grandeza intensiva produz realidade a partir do zero. Deleuze e Guattari insistem que, apesar de já se partir de um corpo sem órgãos, ele precisa ser continuamente produzido, há uma ética em fazê-lo pleno, um modo de produzir agenciamentos que o favoreça e potencialize. A vida é um campo de experimentação do corpo sem órgãos, ao mesmo tempo que ele é sua matriz produtiva.

Da mesma forma é pensado o inconsciente na esquizoanálise, de modo simples e cortante: produção, usina. Ele é necessariamente produtivo, pois é ele que produz os agenciamentos, à medida que investe de libido o campo social. Aqui há outra diferença marcante em relação à psicanálise: o inconsciente não se limita às figuras parentais da primeira infância, não circula apenas dentro de casa: ele se distribui sobre todo o campo social, conecta-se às multiplicidades, é recortado, esquadrinhado, até reprimido, mas mantém-se produtivo até mesmo onde é reprimido, efetuando os agenciamentos por onde percorre.

Por esta razão, a esquizoanálise tem uma diferença radical em relação à maneira psicanalítica de se pensar o delírio. Ele não é entendido como uma tentativa de cura, ou a tentativa de estabelecer um significante que possa servir de referência a outro, que pudesse criar uma organização na linguagem. O delírio, na concepção esquizoanalítica, exprimiria como a libido investe-se no campo social, político e econômico, à maneira que “o desejo inconsciente esposa seus derradeiros objetos” (DELEUZE, 2016b p. 30). O delírio seria um excesso, não a falta de alguma coisa, como um significante, mas transbordamento, e deriva dos afetos e intensidades:

Não é nem uma experiência alucinatória, nem um pensamento delirante, mas um sentimento, uma série de emoções e de sentimentos como consumo de quantidades intensivas que constituem o material das alucinações e dos delírios subsequentes. A emoção intensiva, o afecto, é tanto a raiz comum como o princípio de diferenciação dos delírios e das alucinações. Dir-se-ia assim que nessas transformações, passagens e migrações intensas, nessa grande deriva que percorre o tempo nos dois sentidos, tudo se mistura: - países, raças, famílias, nomes familiares, nomes divinos, nomes históricos, geográficos e até pequenos acontecimentos. (Sinto que) me torno Deus, me torno mulher, que fui Joana d'Arc e que sou Heliogabalo, e o Grande Mongol, um Chinês, um pele-vermelha, um Templário, que fui o meu pai e que fui o meu filho (DELEUZE; GUATTARI, 2004, p. 88).

O esquizofrênico, para esses autores, é aquele que se relacionará mais diretamente com as intensidades, aquele que está mais “colado” à matéria. É o

esquizofrênico que irá mais radicalmente na experimentação do corpo sem órgãos, aquele que irá desfazer todas as conexões, que irá conjurar qualquer organização. A angústia propriamente esquizofrênica é vivida entre a força do corpo sem órgãos, puramente intensivo, e a força das máquinas, que não cessam de fazer arranjos, de juntar elementos. Uma luta entre corpo sem órgãos e máquinas, fazendo um constante (des)arranjo. Dito desta forma, não parece muito diferente de outras formas de subjetivação, pois sempre encontraremos esta tensão. Mas as máquinas esquizofrênicas são diferentes, assim como sua relação com o corpo sem órgãos. Ele é atravessado por máquinas, as máquinas o consomem e o constituem, ele mesmo faz uma máquina. Mas a máquina esquizofrênica coloca em relação elementos totalmente estranhos, díspares, “máquinas-agregadas”, que não possuem nenhum entrelace, mas que justamente por isso são “juntadas”, bricoladas. É que o esquizofrênico não está submetido à lógica neurótica, não lida com os problemas de sentido que a maioria tem de fazer. Ele está mesmo é conectado às zonas intensivas, e quando diz “eu sinto que sou Deus”, “sinto que sou mulher”, isto exprimiria as mudanças de intensidade experimentadas em seu corpo, como se ele atravessasse um limiar de intensidade que o fizesse devir outro, uma intensidade que o colocasse em direção a um elemento menos diferenciado, fazendo um bloco, uma passagem, um devir (DELEUZE, 2016b).

Voltando a W., ele levantava questões sobre ter de seguir um padrão certo e um aparente conflito em achar homens bonitos. Neste atendimento, ele dirige sua queixa a um funcionário do CAPS:

[W.]: Fica jogando indireta, parece que é doido.

[>Pesquisador]: Quem são essas pessoas?

[W.]: O cara da recepção. Me deixa em paz.

[>Pesquisador]: O que ele faz?

[W.]: Já não chega o que eu tenho, ele fica... Tirando os outros com o jeito dele.

[>Pesquisador]: Como que ele faz?

[W.]: Não, é assim...

[>Pesquisador]: É uma cara assim? Que você tá entendendo que essa cara dele quer dizer o quê?

[W.]: Ele pensa que eu sou viado.

Aqui podemos entender melhor o agenciamento que é produzido. A partir do encontro que se deu entre W. e o rapaz da recepção, o modo que W. foi afetado por este encontro, a intensidade vivenciada por ele foi articulada a um conjunto de signos, que fizeram W. expressar que o rapaz pensava que ele era “viado”. É certo que W.

estava passando por intensidades perigosas, ameaçadoras. O modo de W. codificá-las fazia surgir figuras de perseguidores, ou dava contornos de ameaças e ofensas às pessoas que ele encontrava, como no caso do rapaz da recepção. Este agenciamento reunia linhas duras, produzia uma unidade com a qual W. se identificava, apesar de rejeitá-la. Mas, pelo menos em relação a este fato, W. não o manteve, não foi algo a que passou a fazer referências constantes, como o caso da psicóloga e do Padre Marcelo. Teria sido mais como um agenciamento fugaz, mantido por pouco tempo e transformado em seguida.

Em minhas intervenções, eu tentava fazer com que W. se sentisse livre para se expressar, que ficasse à vontade para falar de seus pensamentos, que eu não o julgaria, tentando livrá-lo de algum eventual constrangimento em trazer suas questões, principalmente em relação à sexualidade. Mas as coisas não pareciam ser assim tão claras. A questão sexual era torta, inapreensível, que ora era apresentada, ora era ocultada por W. Houve um momento curioso em um atendimento, em que ele perguntou se eu conseguia captar seu pensamento e, após um período de silêncio, ele me dirigiu a questão:

[W.]: O que você estudaria pra mim, educação sexual?

[>Pesquisador]: O que eu estudaria pra sua educação sexual? Eu gostaria de saber sobre quais são suas questões sexuais pra poder te ajudar.

[W.]: Medo de errar.

[>Pesquisador]: Medo de errar. Mas isso no âmbito sexual?

[W.]: Como assim?

[>Pesquisador]: Isso num contexto sexual, você tem medo de errar numa relação...

[W.]: Falar alguma coisa, pensar alguma coisa mal...

[>Pesquisador]: Mas isso tem a ver com sexo?

[W.]: Não. Só medo de errar e ficar com medo.

[>Pesquisador]: Tá. Medo de errar e ficar com medo. E por que você falou sobre educação sexual agora?

[W.]: Educação sexual, é porque a psicóloga usou minha mente e agora eu não consigo me defender das coisas. Acabo fazendo coisa errada sem querer.

W. rondava o tema da sexualidade, mas quando eu tentava delimitar a que ele estaria se referindo, não parecia mais tratar-se de sexualidade. Ele fazia muitas referências a um “padrão certo” e a “errar”, parecendo lidar com este padrão de modo bastante rígido. Neuroticamente, eu pensava que este padrão era a heterossexualidade, ainda mais considerando a origem de W., que eu imaginava ser de certa forma arraigado a valores tradicionais difundidos na igreja. Se havia um padrão certo, que eu considerava a heterossexualidade, e ele tinha medo de errar,

para mim era quase claro que ele estava num conflito em relação à sexualidade. Mas, como de costume, parece que não era exatamente isto. W. não era pautado por uma lógica linear de que eu pudesse extrair um sentido.

O que parecia estar em jogo é que W. não conseguia lidar com essa intensidade, que ele relacionava com achar homens bonitos ou medo de errar, parecia não conseguir transpor isto, não encontrava uma linha de fuga, um devir algo, mulher, gay, pan. Ele bloqueava a passagem de intensidades, negava, reclamava de não conseguir se defender e acabava “se segurando”, em busca de manter uma identidade anterior, um “antes eu não era assim”, e acabava por ficar perturbado, não dava vazão a essas intensidades.

A queixa de W. era constantemente dirigida à psicóloga, que teria produzido alguma coisa nele, um sintoma, uma alteração que envolvia sua sexualidade:

[W.]: Ela tá fazendo assim ó... Aí "fala do medo que você sente", aí "eu não vou mostrar tudo aquilo que eu mostrei na sala lá em cima", aí acabou me perturbando.

[>Pesquisador]: Lá em cima onde?

[W.]: Na sala onde nós tava conversando...

[>Pesquisador]: Nós quem?

[W.]: Eu e a psicóloga.

[>Pesquisador]: Ah tá. E fala do medo que você sente...

[W.]: Ela deixando o meu sintoma ruim.

[>Pesquisador]: Sintoma ruim? Qual é?

[W.]: Mexendo com a minha sexualidade. Eu não tava assim.

[>Pesquisador]: Não tava?

[W.]: Eu só tava com medo...

Havia o medo, palavra recorrente usada por W., que se confundia com a questão sexual, que insistia em atravessar nossas conversas. Medo de errar, de sair do padrão certo, medo de medo, medo gigantesco. Associado ao medo, ou como agente causador, aparece principalmente a figura da psicóloga. Seja lá como W. vivenciava este medo, ele era constante, e parecia dizer, como todo medo, de uma insegurança de W., uma ameaça, uma vulnerabilidade que ele sentia e o perturbava. Na maioria das ocasiões, W. sentia este medo provocado por alguém, geralmente a psicóloga, que era passado, transmitido para ele sem que houvesse qualquer possibilidade de defesa, sem que ele conseguisse usar seus “mecanismos próprios”, como ele dizia, sem que fosse possível alcançar este medo com as palavras. Era “só medo, só”.

Essa angústia de W. ia se repetindo em cada atendimento. Um medo da ordem do insuportável, que era levado a mim de um jeito torto, bizarro e fragmentado. Após alguns meses ouvindo W. falar sobre como ele se sentia, o modo como era controlado pela tal psicóloga, os diversos relatos sobre acontecimentos fantásticos, tudo isto produzia um grande desconforto em mim, que ficava tocado com o que W. vivia. Mais do que isso, me incomodava ver quase diariamente alguém relatando tamanho sofrimento sobre algo que era produzido aparentemente por ele próprio.

Além das vivências conturbadas de W., há ainda o fato de que eu estava bastante envolvido com o caso, que me intrigava e desafiava, tanto pessoal como profissionalmente. Ver W. naquela situação, com sérios problemas psíquicos, morando sozinho, pobre, com pouco suporte da família, tendo que se virar para sobreviver, era algo que eu me sensibilizava, fazendo com que eu tivesse um afeto especial por ele. Eu pensava também em como W. seria se ele não fosse tomado por seu transtorno, podia imaginá-lo levando sua vida, sem grandes perturbações. W. também tinha a mesma faixa etária que a minha, o que nos aproximava ainda mais. Talvez isto me atrapalhasse, sentia ele perto demais, como se pudesse ser eu em seu lugar.

O contexto, portanto, era de uma contratransferência forte, somada a um grande desconforto em permanecer no caos linguístico dos atendimentos com W. Eu sentia que não havia nenhum solo firme para estar, com muitas dúvidas sobre qual era o meu papel nos atendimentos, sem saber o que eu deveria fazer para não apenas assistir W. contando sobre a trama fantástica que o envolvia. Eu também estava particularmente influenciado por um outro caso, de um homem que ouvia vozes para se matar, mas que estava conseguindo distinguir quando era a “voz invasora” e quando eram seus próprios pensamentos, especialmente quando ele saía da cidade e ia para uma área rural. Baseado neste caso, eu estava inclinado a acreditar que alguns pacientes conseguiriam estabelecer uma distinção entre alucinação e pensamento. Motivado a fazer algo neste sentido, conversei com meus colegas de equipe para pensarmos sobre alguma estratégia. Pensamos, então, que poderíamos adotar, eu e minha colega que estava atendendo W. junto comigo uma vez por semana, uma postura mais ativa, de seguir dando dados de realidade para ele.

Preparamo-nos para este atendimento, eu e minha colega, que teria uma linha mais interventiva. Compartilho um trecho deste atendimento:

[>Pesquisador]: E você quer mudar isso?

((silêncio))

[W.]: Não, mas já mudou um pouco. Vai, Padre Marcelo falou: no campo de futebol, o quê? Porque eu já até esqueci. O Louro José da Ana Maria Braga falou que eu tenho que desintoxicar o olho.

[>Pesquisador]: Você me falou disso numa outra vez.

[W.]: Desintoxicar.

[>Pesquisador]: Mas e o campo de futebol, vamos falar pra V.? O aniversário de W., segundo ele o Padre Marcelo falou que vai ser num campo de futebol.

[>Terapeuta]: Ah, e quando vai ser o seu aniversário?

[W.]: 24 de abril.

[>Terapeuta]: hum... Tá chegando.

[W.]: Tá vendo, telepatia.

[>Pesquisador]: Não é telepatia, você já me falou isso.

[W.]: Não, não tô falando disso não. Literalmente...

[>Pesquisador]: O quê?

[W.]: Literalmente, telepatia.

[>Pesquisador]: Que que tem telepatia?

[W.]: Não, esquece.

[>Pesquisador]: Pode falar.

[W.]: Não, esquece.

[>Pesquisador]: Você acha que eu leio seu pensamento?

[W.]: Acho que sim.

[>Pesquisador]: Por quê?

[W.]: Porque você teve estudo, telesinapse, telepatia. Clarividência, clariaudiência, (), influência do espírito sobre a matéria... Córtex () superior, córtex frontal, lobo parietal, (hipotálamo), (), formação reticular, cerebelo. ().

[>Pesquisador]: Que que tem isso?

[W.]: São as (fases) do cérebro.

[>Pesquisador]: Tá, mas por que você tá falando delas?

[W.]: Pra falar.

[>Pesquisador]: Você, lá na rádio (grupo terapêutico), você estava dizendo que as pessoas estão escutando o seu pensamento, não é? A gente não escuta o seu pensamento.

[W.]: Escuta sim, o Padre Marcelo escuta.

[>Pesquisador]: Não escuta.

[W.]: Eu tava no santuário, aí eu... Aí eu "você continua brincando...", aí a rádio Globo... Ah mulher, embotamento da memória, "aaaah moleque sabe o que embotamento da memória". Ele é inteligente o Padre Marcelo, tudo o que eu pensava ele falava.

[>Pesquisador]: Existe, voltando pra aquilo de realidade e fantasia, uma confusão que você faz entre fantasia e realidade. Na realidade ninguém ouve o pensamento do outro, nem o Padre Marcelo.

[W.]: Ouve sim. Vem não... emissor e receptor, enviar e receber. Da telepatia. Tem sim.

[>Pesquisador]: Não... Emissor e receptor são sinapses, é diferente de telepatia.

[W.]: Não, a sinapse é só o estudo... Dá pra ficar só o conteúdo. Mas emissor e receptor é enviar e receber, receptor.

[>Pesquisador]: Mas então... Pessoas que têm o transtorno que você tem, é comum acharem que estão escutando o pensamento dela, que estão roubando o pensamento dela...

[W.]: Não, é diferente, é outro estudo. Distorcido ()...

[>Pesquisador]: Lembra que nós já falamos um pouco sobre os quadros psicóticos, que o seu caso faz parte?

[W.]: É, mas isso daí já mexe com o sistema nervoso.

[>Terapeuta]: Exato.

[W.]: Que nós tem cem milhões de partículas, mais do que o céu interestelar. Mais que as estrelas do céu. Cem milhões. Pequenas partículas no cérebro.

[>Pesquisador]: Tudo bem, isso não muda o fato de você confundir realidade com fantasia. E isso que você tem de achar que o Padre Marcelo tá falando com você, que a televisão tá falando com você...

[W.]: A Fátima Bernardes fala comigo...

[>Pesquisador]: Não fala.

[W.]: Ela fica assim "coitadinho do menino, não sabe nem essa empresa que trabalhava (), coitadinho". Até a Ana Maria Braga olhou (), homem aranha, homem de ferro... Ela falou pro () vai fazer três metros de alguma coisa...

[>Pesquisador]: Isso é o seu pensamento, W.

[W.]: Até o William Bonner, ele, ele... Ele... Falou com ela no jornal: "o W. tá de olho na minha mão"...

[>Terapeuta]: W. esse é o seu pensamento.

[W.]: Não, é estudo mesmo. Não, não vou cair na sua.

[>Pesquisador]: A gente não quer que você caia em nada, W., só estamos trazendo um dado de realidade, falando que você mistura realidade e fantasia. Isso faz parte do seu quadro, do seu transtorno. E isso que você tá dizendo é fantasia sua, entende?

[>Terapeuta]: Por que eu não escuto a Fátima Bernardes falar comigo? Por que o B. não escuta?

[W.]: Porque você não é ()... os defeitos () cada fase da vida, né? É, nasce sem maldade, rola uns problema na fase da vida, vai criando problema. Psicologia cognitiva, o que criamos, o que sentimos, o que pensamos...

[>Pesquisador]: E o que confundimos né, W.? Você tem confundido realidade com fantasia. E a gente quer te ajudar a você separar uma coisa da outra. Por isso que hoje, principalmente, estamos te falando isso.

[W.]: É por causa que eu... Lá no (), a psicóloga passou... "peraí, () meu discernimento pra você", aí começou a escrever () ver bem pequenininho assim, "peraí, peraí..." Aí quando ela passou abriu minha mente, começou a soltar... É pegar tipo, assim... Empedrado. Acho que através de motivação, ou de outras coisas, que ela consegue, esse mecanismo consegue se liberar. Vou falar com o doutor () sobre isso, discernimento. Ela me deixou deficiente essa psicóloga. Eu tinha medo do que aconteceu, né? Mas ela me tirou aí eu fiquei... Não é porque eu tô dando de psicopatologia aqui não, pra falar que eu tô me espelhando naquilo pra ser uma pessoa boa. Aconteceu aquilo e eu fiquei com um medo, que a criança morreu. É assim... Foi um trauma, um medo, não dá psicopatologia pra falar " ah, que não sei o que...", pra me apoiar nisso pra ser bonzinho.

[>Pesquisador]: Uhum. Mas você entende que a gente quer que você separe melhor realidade de fanta...

[W.]: Não, parei de pensar nessa psicóloga.

[>Pesquisador]: Não, W., não tô dizendo pra você parar. Só tô te dizendo que muito do que você traz aqui pra gente nos atendimentos, eu percebo que é da sua cabeça, que é fantasia, que não é realidade. Que você mistura essas coisas, e isso faz parte da sua doença. Não é só você que faz isso. Muitos pacientes têm dificuldade em perceber o que é realidade o que é fantasia. E você tem falado muito de coisas fantasiosas e a gente precisava te dar esse toque.

((silêncio))

[W.]: É verdade. É, mas doutor, eu tô fodido mentalmente.

[>Pesquisador]: Você sente que tá? Por quê?

[W.]: Ela usou o espaço lá da parede do Córrego Azul, ela usou assim os dois lados assim, passando um monte de coisa, que não sei o que, que ela dá risada a cara dela faz assim ó... Bem que você falou, fantasia pra realidade.

[>Pesquisador]: Isso é fantasia sua.

[W.]: Mas o que ela fez assim, tá passando coisa pra minha sexualidade... Então assim...

[>Pesquisador]: Isso também é fantasia, que ela... de que ela que passou isso pra você, também é fantasia sua. Pode até tá mexendo com a sua sexualidade, mas não quer dizer que ela que te passou isso, que a culpa seja dela...

[W.]: É, mas não foi eu que me induzi não... Se eu tivesse sozinho assim, esse negócio... Seria meus próprios erros. Não que ela passou pra minha cabeça...

[>Pesquisador]: É, então, mas o que uma pessoa pode passar pra cabeça do outro, depende do que o outro pode pegar, e se você pegou tanta coisa assim do que ela falou, isso tem a ver com você. Com o seu transtorno.

[W.]: Psicose?

A nossa intenção poderia até ser boa, mas, tecnicamente, nossa intervenção era extremamente problemática. Não cabia fazer essa distinção entre realidade e fantasia, não adiantaria dizer para W. que os artistas da TV não estavam falando com ele, simplesmente porque isto não ajudaria em nada. Pelo contrário, nossa fala poderia trazer mais tensão e angústia para W. ao ser confrontado com nossa perspectiva, que negava a dele.

Eu me perguntava se também não estaria, agindo assim, atuando da mesma forma que a psiquiatria atual, que pensa o delírio como algo a ser removido. É surpreendente perceber como somos levados a impor nosso modo de conceber a realidade, como é difícil sustentar um diálogo que não nos faz sentido e permanecer sustentando-o por meses, sem apelar para uma fuga para a “nossa” realidade. Há uma tendência normativa a qual o psicólogo deve estar atento, para evitá-la, e acredito que, talvez por falta de experiência, acabamos, eu e a equipe, agindo no sentido de confrontar W. com a nossa perspectiva de realidade. Talvez uma mistura de erros: uma ânsia por querer que “dê certo”, aquela velha armadilha que se coloca aos terapeutas, desejar uma melhora, uma evolução, que sempre ocorre sob um ponto de vista normativo (que ele se aproxime mais de como nós somos); e pouca “bagagem” em casos deste tipo, pouca experiência em situações semelhantes, que me deixava sem saber ao certo o que fazer, e, mais do que isso, uma angústia frente ao não saber como agir, sem ter preparo para permanecer no caos que W. produzia e no qual eu me inseria.

É interessante que, ao rever o caso e minhas intervenções, fico surpreso com a falta de tato durante alguns atendimentos. E não atribuo isto ao fato de haver pouco conhecimento teórico sobre o tema. Todo psicólogo, acredito, termina a faculdade sabendo que não adianta confrontar um paciente com a sua percepção da realidade, ou dizer que o que ele está sentindo é motivado por um transtorno específico, como se isso pudesse ser decisivo para sua melhora. Mas, na prática, a situação é bastante diferente. Simplesmente não se encontra sentido na fala, a desconexão entre os elementos é constante e é muito difícil acompanhar o processo terapêutico, que

parece estar banhado de aleatoriedades. Além disso, há um sofrimento importante, que não parece ser possível amenizar estando o paciente trancado em seu próprio discurso e assombrações.

No dia seguinte, W. estava de volta ao CAPS. Conversamos apenas eu e ele, sem a outra profissional. W. começou dizendo que estava melhorando, disse que “*as atividades e as conversas estão indo bem. Os remédios*”. Perguntei o que estava melhor, ele disse: “*melhor, assim, o clima*”, e já emenda: “*é por causa que eu tava pensando que ela tá assim ó... Aí eu tô confundindo um pouco ainda*”. Neste atendimento não confrontei W. como da outra vez, deixei que ele me contasse sobre o que sentia, que descrevesse suas vivências. De alguma forma eu sentia que o atendimento anterior tinha sido muito pesado, carregado de tensões; algo me dizia que aquele não seria o caminho, que eu não deveria fazer aquilo, que se assemelhava com as intervenções do analista de Bagé¹². Quando deixei W. com maior liberdade para se expressar, ele ia percorrendo seus temas como de costume: está confundido com outras informações, mexendo com sua sexualidade; está gravado na cabeça dele: “*fala desse medo que você sente*”; sente um descontrole, relaciona com achar homens bonitos, que a psicóloga está passando outras informações, criando “*tipo um sintoma*”. Neste atendimento, até retomei a questão de realidade e imaginação, mas não dei a mesma importância que no atendimento anterior. Ele dizia que é imaginação e segue em sua temática, que está sendo levado a pensar maldade.

Um fato merece destaque neste atendimento. Estava atendendo W. e lhe disse que eu tinha agendado uma visita domiciliar para ele, uma prática comum nos serviços de saúde mental, em que é possível conhecer melhor as condições de moradia da pessoa e entrar em contato com as relações que lá se estabelecem. W. parecia contente com esta informação, tinha dito até que compraria um pudim para me receber. Quando eu lhe disse que tinha a intenção de também conversar novamente com seu pai, W. mudou de atitude:

[>Pesquisador]: *Dia 31, legal. Eu também quero marcar um horário pra conversar com o seu pai.*

[W.]: *Não, não, não, não...*

[>Pesquisador]: *Ele pode ser...*

[W.]: *Não, não, não, não...*

[>Pesquisador]: *Que foi?*

[W.]: *Não.*

¹² Analista de Bagé é um personagem humorístico de Luis Fernando Veríssimo, que retrata as intervenções nada delicadas de um analista.

[>Pesquisador]: *Por que não?*
 [W.]: *Não. Não. Meu pai tá em outro lugar.*
 [>Pesquisador]: *Aonde ele tá?*
 [W.]: *Não sei, o Padre Marcelo que sabe.*
 [>Pesquisador]: *Hum... O Seu H. não é seu pai?*
 [W.]: *H. é meu pai.*
 [>Pesquisador]: *Hum... Então, eu vou ligar pro Seu H.*
 [W.]: *Não, meu pai mesmo.*
 [>Pesquisador]: *Seu H.*
 [W.]: *Não, não é ele não.*
 [>Pesquisador]: *Seu H. não é seu pai?*
 [W.]: *H. sim, até 2005. De lá pra cá é outras pessoas. Até o Murilo Benício... Eu tava assistindo a novela, aí eu tava no celular, aí ele... Aí eu "alô pai"... Mais que especial.*
 [>Pesquisador]: *Quem falou?*
 [W.]: *Murilo Benício.*
 [>Pesquisador]: *Mais que especial? O que você acha que ele quis dizer?*
 [W.]: *De mim.*
 [>Pesquisador]: *Hum. O que de você?*
 [W.]: *Mais especial.*

A recusa em permitir que eu falasse com seu pai foi surpreendente. W. foi bastante enfático, como poucas vezes eu o vi – parecia até uma questão de vida ou morte. Na mesma conversa ele diz que o Sr. H. é seu pai e depois nega. A ideia de filiação aterrorizava W., que não concebia que o Sr. H. era seu pai. Talvez, aqui, o polo esquizofrênico desterritorializado de W. estava mais forte, fazendo com que ele se conectasse a uma multiplicidade, a muitas pessoas, e não apenas a seu pai. Diante disto, recuei, sem querer submetê-lo a mais um confronto.

A tônica ia se mantendo nos atendimentos seguintes: W. sentiu que estavam passando informações negativas a ele. Eu tentei entender e ele disse que as informações negativas são “*coisas de viado, comportamento esquisito, olhar e errar, um descontrole*”. Em seguida, W. disse: “*é porque um fato leva ao outro*”, e passou a relatar uma situação que teria ocorrido quando ele estava internado em um hospital psiquiátrico, em que teria tido, nas palavras dele, uma alucinação. Ele estava tomando banho e teria visto o pênis de um outro paciente, que teria inchado. É uma história confusa, trazida em muitas ocasiões e de diversas formas por W. Ele disse que isso foi causado pela alucinação, e já na sequência fez referência à psicóloga e ao Padre Marcelo, como se eles fossem os responsáveis por isso ao terem colocado outros pensamentos na cabeça dele, terem deixado “*tipo um trauma*”. Quando pergunto se ele achara estranho o que aconteceu, ele disse que sim, porque ele é homem, que “*foi um erro, tipo uma alucinação*”. Tento entender qual seria o erro, e ele disse que foi olhar e ter pensado outras coisas; quando pergunto o que ele pensara, ele disse: “*o Padre Marcelo falou na rádio ‘não tem como você ficar lutando contra você mesmo’*”.

Aí eu fiquei leve, aí foi me levando isso... Aí a psicóloga me ajudou assim, escrevendo assim... E andando na linha assim... Aí eu comecei a fazer assim ó... Andar na linha”.

No episódio relatado, W. parece ser atraído a dar uma conotação sexual para aquela situação, que é rebatida, negada, atribuída a um erro, uma alucinação. Então surge um outro componente, que talvez possa estar relacionado a um conteúdo moral, a um modo determinado de agir: “*andar na linha*” aparece através da figura da psicóloga, após o Padre Marcelo enviar uma mensagem enigmática: “*Não tem como você ficar lutando contra você mesmo*” – estaria ele se referindo a um desejo sexual reprimido? Talvez, e esta provavelmente seria a aposta psicanalítica. Mas esta fala também pode nos dar notícia de acontecimentos de outra ordem. Parecia haver uma luta, uma tensão entre forças de atração e repulsão. Talvez o corpo buscasse uma intensidade a partir da conexão, da atração, mas havia pelo menos uma barreira, que se fazia valer através dos signos utilizados por W., quando ele considera a questão um erro. Mas, neste caso, W. diz que após a fala do Padre Marcelo ele sentiu-se leve. Há uma abertura aqui, um alívio, parece até que ele teria sido autorizado pela fala “*não adianta você ficar lutando contra você mesmo*”.

Os autores Polack e Sivadon (2013) criaram a categoria de monstros, para designar:

Um canteiro de obras de partes vivas e inertes, um aglomerado de objetos, territórios, de signos, que desafiam, como no delírio, a “realidade natural”, as leis das ordens e das espécies, as lógicas de pertencimento e, a fortiori, as lógicas do discurso (POLACK; SIVADON, 2013, p. 33).

Os monstros possuem a marca do disparate, pois colocam em relação e unificam coisas que não pertencem ao mesmo conjunto. Ora, o monstro se aproxima da própria máquina esquizofrênica, que mistura elementos heterogêneos e produz um não senso, tipicamente esquizofrênico. Há a fragmentação de todos os elementos, sejam eles políticos, corporais, fonêmicos, territoriais, históricos, não importa, qualquer categoria pode ser deslizada, alterada, remontada: “as mídias, o rádio, sobretudo a televisão, inserem-se em agenciamentos complexos com a sexualidade, o trabalho, a vida doméstica” (POLACK; SIVADON, 2013, p. 34). E não é isto o que vemos no caso de W.? O conteúdo religioso, extraído das diversas vezes em que foi à igreja, ou que assistiu a um culto na televisão ou no rádio, é deslocado para outros contextos, como a sexualidade, a infância, a escola. O próprio Padre Marcelo e os

personagens de televisão passam a ter funções específicas, visitando W., participando de sua vida social e enviando pessoas para encontrá-lo. Seu pai não consta mais na sua categoria de filiação, o Sr. H. é e não é mais o seu pai, pois no delírio não se trata mais de uma lógica binária, mas sim uma lógica da multiplicidade, com categorias inapreensíveis e mutantes.

Os monstros de W. não seriam o Padre Marcelo e a psicóloga, por mais que eles possam parecer figuras verdadeiramente aterrorizantes. Os monstros de W. são as junções de elementos, que ele faz ficarem juntos, os atores da televisão serem seu pai, sua sexualidade ser alterada pela psicóloga e um “puro medo” atravessar sua experiência, as partes do cérebro que ele repetia e modificavam sua mente e eu ter poderes especiais, eram os momentos em que eu ficava sem chão no canteiro de obras de W.

Eu ainda tentava entender qual seria meu papel naquele caso. Não me era nada claro o que eu devia fazer, mas sabia que precisava estar lá, que W., de algum modo, aproveitava-se do que eu tinha a oferecer, nem que fosse apenas minha presença e interesse por ele. Talvez meu desafio fosse atrapalhar o menos possível, deixar ele seguir seu curso.

Na semana seguinte, eu e minha colega iríamos atender novamente W. em conjunto. Após o atendimento anterior que tivemos, em que confrontamos W. com nossa perspectiva, eu e ela tínhamos conversado. Falamos sobre como elevamos a tensão naquele dia e que nossa intervenção não deveria ser tão direta. Mas a distinção entre realidade e imaginação foi algo a que eu me agarrei por um bom tempo, como se eu precisasse dela, bem mais do que W.

[W.]: É por causa que a minha mente ela criou esse negócio dentro da minha cabeça, acabo ficando mal, fazendo coisa errada sem querer. Não sei pra que ela fez isso. O próprio Jesus falou "perdoe pra ser perdoado", né? Aquela mágoa guardada muito tempo, perdoe pra ser perdoado. O que você julgar será julgado também, o que você medir, medir a voz. Primeiro eu tiro o erro do meu olho, que eu tô olhando desse jeito pra ela pra tirar o erro do olho dela. Tem que perdoar né?

[>Pesquisador]: Então, e a gente tem falado um pouco da distinção de imaginação e realidade né? Hein? Isso que a psicóloga fez, você acha que é mais imaginação ou mais realidade?

[W.]: Imaginação, lembrança só, registro automático de memória.

[>Pesquisador]: E o Padre Marcelo...

[W.]: Não, mas Padre Marcelo ele é, ele vai com processo de... O processo de arrependimento aí volta atrás. Ela faz tudo isso e quer que eu obedeça meu pai e minha mãe. Metodologia de comparação. Metodologia de comparação.

[>Pesquisador]: Aí quando você compara o Padre Marcelo com a psicóloga, o que você tem?

[W.]: Que os dois estão fazendo sacanagem e no final quer ajudar.

[>Pesquisador]: Querem ajudar? Por que eles estão fazendo sacanagem?

[W.]: Ah fica fazendo essas coisas...

[>Pesquisador]: Mas se eles querem ajudar por que eles ficam fazendo sacanagem?

[W.]: É só isso só, os dois que me incomoda. Do Padre Marcelo eu já perdoei ele, o Padre Marcelo é fácil. Mas dessa mulher, da psicóloga, passou a ser um pouco mais difícil.

[>Pesquisador]: Como foi que você perdoou o Padre Marcelo?

[W.]: Perdoando. Ó, Jesus fala "perdoai as pessoas sete, setenta e sete vezes sete. Sete vezes sete quarenta e nove, quinhentos e trinta e nove".

[>Pesquisador]: O que tem quinhentos e trinta e nove?

[W.]: Assim, quantas vezes a pessoa peca contra você e você perdoa.

[>Pesquisador]: Tá. E por que a psicóloga é mais difícil de perdoar?

[W.]: Porque ela encurralou a minha mente com coisa mal.

Neste trecho, além dos números que invadem a conversa (e que mostram uma coerência matemática surpreendente, pois sete vezes setenta e sete resulta em quinhentos e trinta e nove), W. parece conseguir elaborar melhor, traz suas questões de modo mais compreensível, chega a dizer sobre quais seriam os papéis do padre e da psicóloga: fazem sacanagem, mas no fim querem ajudar. Para além disso, a questão do perdão: com o padre é mais fácil, mas com a psicóloga está mais difícil. De fato, W. referia-se com mais frequência à psicóloga do que ao padre. Ele permanecia “controlado” por ela, via nisto um fato grave, passível de perdão, mas ainda não conseguia perdoar a psicóloga. De todo modo, algo se movimentava em W.

Seguíamos conversando quase que diariamente. Parecia ser uma necessidade de W., que me perguntava frequentemente que horas nós iríamos conversar. A esta altura, ele já estava um pouco mais ambientado no CAPS, não faltava e nem se queixava de ir. Mas resistia às atividades em grupo, apesar de participar algumas vezes. Apenas ao futebol, grupo que eu era um dos coordenadores, ele ia com frequência. Futebol era, inclusive, um dos assuntos que W. sempre comentava, perguntando sobre resultados de jogos e fazendo comentários sobre algum jogador ou time, em especial o time que eu torcia, o qual W. – provavelmente após eu tomar posição – também apoiava.

A minha colega de equipe, que havia entrado há pouco no CAPS, acabou não permanecendo conosco. Isto não teve grande impacto no caso, mas diminuiu minhas possibilidades de ter mais alguém comigo, pensando o caso e me ajudando a atuar. Havia uma reunião de equipe semanal, em que discutíamos os casos. Às vezes eu levava o caso de W. para discussão, mas o tempo era curto para se alongar em um

caso que aparentemente encontrava-se estável. Afinal, tínhamos de discutir casos novos, pensar em estratégias de adesão para casos que não estavam indo ao CAPS, organizar o projeto terapêutico de pacientes mais graves e atualizar o andamento dos casos. Por mais que eu levasse o caso de W. para discussão, era difícil expressar o que se passava nos atendimentos. Eu contava um pouco, colocava minha angústia de não saber ao certo o que fazer e era encorajado a seguir, diziam-me que “era por aí mesmo”, alguns ficavam surpresos com como ele parecia fixado na temática que levava. Além de amenizar um pouco minha angústia, mas pouco me orientar, nas reuniões de equipe pudemos retomar algo que já havíamos falado antes, que era tentarmos envolver W. em atividades em grupo e que o estimulássemos a circular mais. No entanto, W. não tinha muito por onde circular, não tinha um porquê de circular. Ele costumava se deslocar do CAPS para casa, além de ir até uma lanchonete e um restaurante popular perto de sua casa.

É curioso como a ideia de ampliar a rede social e a circulação se tornaram quase que uma bandeira unânime da vertente psicossocial. Quem não quer ampliar a rede social e poder circular mais pela cidade? Mas, será que isso é um caminho para todos os pacientes? W. era bastante reservado quanto a isso, frequentando apenas lugares com pessoas que ele tinha proximidade. Claro, eu também queria que W. se envolvesse em mais atividades e que interagisse com outras pessoas. Mas isso era algo a ser construído e, pelo menos por enquanto, eu é que poderia ajudá-lo a construir isso.

Na semana seguinte, chegou o dia agendado para fazermos uma visita à casa de W. Eu o havia avisado com antecedência, e fui acompanhado da auxiliar de enfermagem de nossa equipe, que também acompanhava o caso e era responsável por ministrar sua medicação, que agora era parte injetável, a cada quinze dias.

Tocamos a campainha e W. logo apareceu. Em uma garagem inutilizada, ele nos conduziu até as escadas, onde subimos para uma laje. Atravessamos cerca de quatro residências até chegar à de W., nos fundos. Era apenas um quarto, um banheiro e uma pequena cozinha, só com uma geladeira e uma pia. A janela fechada quase não deixava entrar luz e o cheiro de mofo era fortíssimo. Havia também um rádio, um armário com papéis, um livro e cadernos guardados, além de roupas em cima da cama e uma bíblia. W. nos recebeu bem, “*não repara a bagunça*”, tirou as roupas da cama e pediu que sentássemos. Na geladeira, pão, margarina e refrigerante, além de um pudim, comprado para nos receber. Conversamos um pouco

sobre a vida dele lá, a relação com os vizinhos (W. se queixava que ficavam “falando coisas pra ele”), as roupas que de vez em quando ele lavava, onde guardava os remédios e como os tomava; falamos para ele abrir mais a janela, deixar sua casa mais arejada e com luz. Ele nos mostrou alguns papéis, cadernos escolares, atestados médicos e documentos relacionados ao seu trabalho como auxiliar de limpeza. Apesar da sensação de “pouca vida”, talvez provocada pela completa ausência de objetos decorativos, era uma residência aparentemente normal, exceto pelo forte cheiro de mofo, que denunciava o isolamento de W. do resto do mundo quando estava em casa. Eu podia imaginar W. em sua cama, ouvindo programas religiosos no rádio, ou lendo a bíblia, durante todo o final de semana, sem sequer abrir a janela de casa. Comemos o pudim e fomos embora.

Na semana seguinte, W. contou que não estava bem e que chamou o SAMU novamente. Eu fiquei surpreso por ele voltar a ligar, e tentei mais uma vez entender se ele sabia o que estava fazendo. Ele disse que sentia “*uma perturbação, uma sensibilidade*” que mexia com a sexualidade dele, confundido com a tal psicóloga. Tentei, então, que ele imaginasse o que aconteceria com ele, caso o SAMU fosse, o que novamente não aconteceu. Ele demonstrou ter clareza do que aconteceria: “*eu iria pro hospital*”, e sabia que possivelmente ele iria primeiro para o hospital geral e depois para hospital psiquiátrico, onde ele já ficara. Eu achava muito difícil alguém querer ser internado num hospital psiquiátrico, exceto se estivesse totalmente fora de controle, quando não há nem “querer”. Este não era o caso de W., que apesar de sua perturbação não estava, digamos, descontrolado em uma crise aguda. Tentei sondar com ele se era isso o que ele queria de fato. W. deu uma resposta ambígua, disse que não, depois disse que queria ser internado, que estava perturbado. Possivelmente por perceber que eu queria dissuadi-lo de sua ideia, quando eu pergunto novamente se ele queria ser internado, ele disse que não, que era melhor conversar comigo. Tentei explorar essa perturbação que o levava a chamar o SAMU. W. disse que a psicóloga está passando coisa para ele, mexendo com a sua sexualidade de um jeito ruim, passando uma hostilidade; fez novamente referência ao tal acidente. Eu disse que acreditava que ele sentia como se fosse real, mas que não acreditava que a psicóloga estava, de fato, tentando controlar a mente dele, que isso era como ele sentia. W. rebateu, disse que se fosse ele que estivesse fazendo isso, ele estaria de sacanagem. Ele quase sempre dava uma resposta em cima da minha, trazendo uma outra situação em que ele teria sido controlado ou submetido à psicóloga. Eu tentava mostrar a ele

que aquilo tudo se passava com ele, que eram conflitos dele, e que a psicóloga não estava, anos depois, empenhada em controlar sua mente. Neste atendimento, como às vezes fazia, W. disse que então ia parar, já que estava vindo dele, e não da psicóloga, como se fosse algo simples de ser feito.

Ainda neste atendimento, passamos a falar sobre um passeio que estávamos organizando com os pacientes do CAPS, de ir ao Parque do Ibirapuera. A princípio W. não queria ir, sem dar motivos, apenas dizia que gostava de ir quando ele era criança, que tinha uns peixinhos por lá. Falei que ainda tem os peixes, e que seria importante ele ir, como parte de seu tratamento, para fazer uma atividade diferente, sair do seu bairro, encontrar outras pessoas, para que ele não ficasse restrito só ao CAPS ou a um hospital psiquiátrico, já que estava flertando com esta possibilidade, e que eu gostaria que ele fosse. W. então disse que compraria mortadela e que iria. E, de fato, foi. Fomos de ônibus, lanchamos, jogamos futebol e voltamos, sem nenhuma intercorrência.

Na próxima semana, quando fui atender W., ele logo contou que chamara o SAMU cerca de oito vezes. A psicóloga estava pressionando-o demais. Disse que atrasou uma hora para tomar a medicação (o que não deveria provocar nenhuma alteração significativa) e que estava perturbado:

[W.]: Tava muito mal...

[>Pesquisador]: É? O que tinha de diferente acontecendo ontem?

[W.]: A psicóloga me pressionando.

[>Pesquisador]: Mas isso já acontece com você, não é? Você me conta há bastante tempo sobre isso, não é?

[W.]: Já.

[>Pesquisador]: Mas ontem tava pior? Tava mais intenso? É? Tá... E era a psicóloga que tava te pressionando ou era assim que você se sentia?

[W.]: Me pressionando e assim que eu me sentia.

((silêncio))

[>Pesquisador]: Tá... Deve ser ruim sentir isso né?

[W.]: Não, não é ruim não...

[>Pesquisador]: Não? Então por que você que tava achando ruim?

[W.]: A presença é ruim, a presença é ruim. Mas o que eu tava passando é totalmente diferente.

[>Pesquisador]: Tava? Como assim tava diferente?

[W.]: A presença... Não, a presença é uma coisa, a presença de Deus...

[>Pesquisador]: Que presença você tá falando?

[W.]: A do... da chakra, a energia da chakra. Que a psicóloga até falou assim "você tá tão assim W...", aí eu falei "aaah, não foi eu não...", aí ela... "aaaaaaaiiii..." ((risos)). Isso ficou na minha memória e acho que o que eu penso fica ruim. Como maldade. Ela usou todo o lado da minha memória.

[>Pesquisador]: E aí o que você pensa fica ruim?

[W.]: Você falou, separar imaginação da realidade, né? Mas essa imaginação tem que desaparecer.

[>Pesquisador]: E não tá desaparecendo né? Uhum...

Eu estava especialmente interessado em saber o que acontecia com W. nos momentos que precediam suas chamadas ao SAMU, que deveriam ser os momentos em que ele estava mais angustiado. Quando ele fala desta pressão, eu, convencido de que não tinha ideia de como é isto, dizia apenas que deve ser ruim sentir isto; ele surpreende dizendo que “*não, não é ruim não*”. Tentei entender, ele faz uma distinção entre a “presença” e o que ele estava passando, que era totalmente diferente, e menciona uma presença de Deus. Quando tentei entender a qual presença ele se refere, ele mais uma vez surpreende e diz que é a da energia “*das chakras*”, passando a reproduzir um suposto diálogo com a psicóloga, em que ele grita (“*aaaaaiii*”) e dá risada. Em seguida, formula algo mais articulado, que isto ficou na memória dele e o que ele pensa fica ruim; e retoma nossas conversas de separar imaginação e realidade, dizendo que esta imaginação teria que desaparecer.

Eram esses momentos que me impressionavam. Havia uma multiplicidade de forças, de elementos fragmentados que atravessavam nossas conversas e produziam diálogos labirínticos. Aquilo que W. sentia e que antecederia seus chamados ao SAMU talvez não fosse tão ruim, a julgar pelo que ele diz. Conta até de uma presença divina, da energia dos chakras e, em seguida, retorna com uma clareza espantosa.

Intrigava-me também o fato de não conseguir imaginar W. tendo uma crise de agitação, ou mesmo um estado de angústia tão insuportável que precisasse ser internado. Ele era extremamente calmo e aparentemente inabalável, de tão fechado que era; costumava olhar para baixo, dificultando o contato visual e a interação. Durante o tempo em que eu estava com ele, mesmo em locais com bastante gente, ele nunca havia se alterado. Eu tentava pensar como seria isso, como essa crise aconteceria. Como ela apareceria fora do consultório, no mundo mesmo, local em que W. passava quase desapercibido?

Poucos atendimentos depois, W. contava que melhorava e piorava, e passou a contar sobre a psicóloga, o acidente e a perturbação que sente, como era de costume. Mas contou algo novo: disse que na segunda-feira, saindo do CAPS, ele estava alterado. Estava no ônibus e ela, a psicóloga, “*estava fazendo assim*” e repete o gesto facial, de apertar os olhos e inclinar o pescoço. Disse que estava trêmulo por dentro. Eu fiz minha intervenção de praxe, perguntando se ele conseguia compreender que aquilo era imaginação dele. Ele disse que compreendia e perdoava ela, que os dois estavam errando, ela estava passando coisa a mais e ele estava interpretando mal.

Os atendimentos iam se seguindo: W. me contava de sua perturbação, eu tentava entendê-la, pedia que ele me descrevesse o que sentia, mas também costumava retomar a questão de discernir imaginação de realidade. W. seguia contando episódios em que a televisão falava com ele, que uma apresentadora de TV teria ficado irritada porque ele não deu atenção a ela na padaria, parecia reproduzir falas de apresentadores e levava a questão de ter pensamentos maus, de fazer coisa errada, que não se ligava a nada, sendo “*só coisa errada só*”. E seguia ligando para o SAMU.

Uma vez o pessoal do SAMU retornou a ligação, após ele fazer o chamado. Perguntaram como ele estava, ao que ele respondeu: “*melhorei mais. Pode cancelar que amanhã eu converso com o dr. Bruno*”. E conta que estava perturbado, que tentava esquecer e não conseguia, aquilo estava gravado na cabeça dele.

Nesta época, o período de licença médica de W. estava chegando ao fim, e ele tinha uma consulta agendada com o médico do trabalho. W. dizia sentir-se bem para voltar. Falou que era coisa simples o que fazia, só limpar e tirar o lixo. Perguntei se ele se lembrava de como estava quando foi afastado do trabalho; ele disse que sim, que estava “*mal, mal, mal*”:

[>Pesquisador]: *É? Mal como?*

[W.]: *Pensando em ter um tipo de ajuda... Me ajudou bastante conversando com você.*

[>Pesquisador]: *Uhum... legal.*

[W.]: *Amanhã vai no negócio lá?*

[>Pesquisador]: *Amanhã é dia normal, não vai ter campeonato, a gente vai no CEU mesmo, jogar bola. Você vem?*

[W.]: *Venho.*

Estávamos disputando um campeonato de futebol com outros CAPS, e W. estava participando. Ele tinha se envolvido com a prática do futebol, que realizávamos semanalmente. Era interessante ver como o futebol era capaz de colocar todas aquelas pessoas em contato. W. tinha noção de futebol, esforçava-se, reclamava de colegas que não tocavam a bola, mas sempre algo fechado, “pra dentro”, sem se exaltar ou se conectar muito. Mas ele participava, sabia os dias que teriam jogos e se organizava para ir.

Sobre ele voltar ao trabalho, eu achava positivo ele querer voltar. Mas não sabia se ele tinha condições ou não de retornar. Se julgasse pelos momentos em que ele estava comigo, em que conversávamos, por mais que ele falasse centenas de coisas

que eu não conseguia entender o sentido, ele interagiu de modo respeitoso comigo, não era violento, apresentava os elementos de seu mundo à sua maneira, às vezes bem confusa, é verdade, mas compreendia bem o que falávamos e entendia os compromissos que tinha, os combinados que fazíamos e era capaz de cumpri-los.

W. havia me solicitado uma declaração médica do CAPS, dizendo que ele estava apto a voltar ao trabalho. Conversei com o psiquiatra de nossa equipe, que me disse que podíamos fazer apenas um relatório dizendo do acompanhamento que W. fazia no CAPS, mas que não éramos nós que iríamos determinar se ele estava apto ou não. Falei para ele que iríamos fazer o relatório, descrevendo seu acompanhamento. W. levou o relatório e na semana seguinte veio ao CAPS. Disse que não dera certo, porque não estava escrito apto. Eu expliquei novamente que não éramos nós que iríamos dizer isso. Ele retrucou:

[W.]: Não, mas ela pediu apto, a médica. Aí eu falei "só por causa de umas letrinhas...", aí ela disse "sim, então...", e eu "não, não, não..."

W. começou a contar isso de modo sério, interrompendo-me. Um letrinhas não tinham tanta importância para ele. Quando ele fala “*não, não, não*”, ele já está rindo, e sussurra: “*fala do medo que você sente*”. Eu não entendi, parecia que ele falava comigo, e lhe perguntei se era do medo que eu sentia, e então ele corrige: “*fala do medo que eu sinto*”. Eu lhe perguntei qual medo ele sentia, e ele me disse: “*já esqueci*”. Insisti na pergunta, e ele: “*já apaguei*”. “*O que você apagou?*”, pergunto, e W. completa: “*aquilo que a psicóloga passou, melhorou bastante*”.

Este fragmento de discurso, “*fala do medo que você sente*”, frequentemente invocado por W., é bem possível que ele tenha escutado da psicóloga com quem ele fez acompanhamento, ou em algum de seus tratamentos. É interessante observar que W. emprega esta frase de maneira desconexa com o resto do seu discurso; inclusive, utiliza a frase em terceira pessoa, evidenciando o caráter extrapessoal de seu discurso delirante, em que não há um eu.

Apesar da aparente falta de nexos, podemos ainda tentar encontrar ligações entre o que é dito por W. Ele estava me contando sobre a consulta médica que tinha ido, um contexto possivelmente semelhante ao dos atendimentos que W. passou ao longo de seus tratamentos. Talvez ele conectasse de algum modo os contextos, as posturas, o ambiente (e o ambiente onde ele conta isto também é um ambiente ambulatorial, um consultório). Independentemente do que o levou a colocar esta frase

deslocada para nossa conversa, ele acaba por dar a ela um sentido que era de seu interesse. Ele desdobra o “*fala do medo que você sente*” em “*já apaguei aquilo que a psicóloga passou, melhorou bastante*”. É provável que este movimento seja orientado por um desejo de W., que expressa querer voltar a trabalhar e está solicitando um atestado para isto. De modo simplista, ele parece tentar me mostrar que já esqueceu o que a psicóloga passou, que já está bem e, assim, pode voltar a trabalhar.

E como saber se W. estava mais ou menos perturbado do que antes? Esta era uma questão bastante difícil, pois desde que iniciei o atendimento dele, eu tinha poucos elementos objetivos para me orientar. No entanto, neste mesmo atendimento em que conversamos sobre sua ida ao médico, quando eu despretensiosamente perguntei se W. tinha falado com seu pai recentemente, ele contou algo indicando que não estava tão bem assim:

[W.]: Falei esses dia. Ele reclamando da minha (A., e A.) não adianta falar nada, tem () tocar coisa de vidro, ah... Lembrei. Minha vizinha. Eu piscando, conversando com ela e ela ficava me tirando de viado. Com irmãozinho, com maridinho... Aí eu chamei a polícia. Chamei. Ela fica tirando os outro, eu tô conversando com a mulher de boa, paga o aluguel lá, ainda... Dei oitocentos reais pra ela de uma vez, dei uma caixinha pra ela, e ela fica me tirando.

[>Pesquisador]: Tirando como?

[W.]: Tirando... Eu tô conversando, piscando, com ela, ela tá... Ela levando pra outro lado.

[>Pesquisador]: Mas como você sabe que ela tava levando pro outro lado?

[W.]: Porque ficou falando lá, eu fiquei escutando da minha casa.

[>Pesquisador]: O que ela falou?

[W.]: Falou... Tava uma amiga dela e ela, né? Aí o marido dela tava lá dentro. Aí “ô retardado mental, ô viado”. É, coisa bonitinha que ela tava falando pro meu lado.

[>Pesquisador]: Se referindo a você, ela falou assim? Mesmo?

[W.]: Eu chamei a polícia.

[>Pesquisador]: Chamou? E aí?

[W.]: Aí eles foram lá e conversaram com ela.

[>Pesquisador]: Hum... E ela? Você participou disso?

[W.]: Eu fiquei com o policial lá, conversando, e ela conversou com o outro.

[>Pesquisador]: E depois, você falou com ela?

[W.]: Ela “que que foi W.?”, aí eu passei direto, sumi, fui pra casa.

[>Pesquisador]: Quando foi isso?

[W.]: Hoje é que dia?

[>Pesquisador]: Segunda, 4.

[W.]: Acho que foi sexta ou sábado.

W. havia chamado a polícia para sua vizinha, que estaria falando coisas ofensivas a ele. Isto me preocupava bastante, pensava no que poderia ocorrer caso W. tivesse alguma passagem ao ato¹³, expressando no seu corpo ou no de terceiros

¹³ Sobre o conceito de “passagem ao ato” na teoria psicanalítica, ver: CALAZANS, Roberto; BASTOS, Angélica. Passagem ao ato e acting-out: duas respostas subjetivas. *Fractal Rev. Psicol.*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 245-

a violência de seu conflito psíquico. Desde os chamados ao SAMU eu já me incomodava com essa transposição para a realidade, e tentava ajudá-lo a discernir seus pensamentos de pensamentos intrusos; mas eu não estava tendo êxito nesta distinção e a confusão parecia aumentar, envolvendo outras pessoas e virando caso de polícia. Nesta ocasião eu, mais uma vez, perguntei se a voz da vizinha não era imaginação dele, mas ele dizia que não. Tentei fazê-lo pensar se ele não poderia estar enganado, mas não evoluímos.

Eu me sentia bastante impotente no caso, sem saber o que poderia fazer para ajudar e, ao mesmo tempo, preocupado com o rumo que o caso tomava. Levei estas questões para a reunião de equipe, contei o que havia acontecido e o psiquiatra decidiu por aumentar a dosagem da medicação de W. Não sei se era a melhor alternativa, mas era um recurso que tínhamos, e já estávamos oferecendo tratamento intensivo a ele, que vinha praticamente todos os dias ao CAPS, sendo atendido individualmente quase todas as vezes em que vinha. A dificuldade maior parecia ser aos finais de semana, quando o CAPS não abria e W. parecia sentir-se mais desamparado, recorrendo ao SAMU e à polícia.

Eu seguia atendendo W, oferecendo minha escuta para que ele pudesse trazer as aflições que tinha. Ele continuava oscilando, ora dizendo que estava melhor, ora que estava mais perturbado, sem eu saber qual motivo poderia influenciar seu estado. Durante um atendimento, ele começou dizendo que estava melhor, bem melhor, mas depois passou a falar que estava se sentindo inseguro. Tentei explorar esta questão, ele disse que quando tinha sua própria família ele sentia-se mais seguro. Questionei se ele não tinha mais sua própria família e W. disse que não, que o Padre Marcelo os levou para outro lugar. Perguntei se aquele senhor que esteve no CAPS não era seu pai e W disse que “*agora é*”, mas que antes não era, que foram trocados por pessoas “*quase parecidas*”. Tentei fazer com que ele pensasse se isto seria imaginação ou realidade, e ele disse, sem titubear: “*não, isso é realidade mesmo*”. Diante disto, eu disse apenas que deve ser difícil sentir que sua família fora trocada, e W. responde:

[W.]: Um pouco.

[>Pesquisador]: Um pouco. Sente saudades da sua família original? Tem vontade de entrar em contato com eles?

[W.]: É, se tivesse como, se eu soubesse onde eles tariam... Aí o Padre Marcelo, eu tava assistindo o Padre Marcelo na Rede Tv, canal 34. Aí ele...

Olhando assim pra televisão, a televisão tava meio chuviscando, aí ele... "Continua na malícia, continua... Eu matei eles sim, eles tão lá...", aí ele "o Dom Fernando..." aí "sai daqui", desliguei a televisão, aí ele "não, não...". Aí eu desliguei a televisão. "Eu matei eles sim, eles tão lá, levaram pra outro lugar".

[>Pesquisador]: Mataram eles?

[W.]: Não. Mas primeiro, antes de tudo isso, ele fez assim na câmera, quando ia acontecer.

[>Pesquisador]: Hum... Mas então, eu não entendi, mataram, ou não mataram eles?

[W.]: Eles falaram que mataram, depois falou que tá em outro lugar. Ele.

[>Pesquisador]: Tendi. Tá. É, complicado. Mas o Padre Marcelo, por que ele faria isso com você?

[W.]: Porque ele se acha o bonzão. Ele e aquele Dom Fernando, são dois psicopatas que querem tá no poder.

Fazia tempo que W. não trazia o tema do Padre Marcelo ter trocado sua família. Em outros momentos, ele já havia dito que aquele era o pai dele mesmo, sem desenvolver maiores questões. Mas agora o assunto ressurgia e W. trazia novos elementos: Padre Marcelo e seu parceiro Dom Fernando seriam psicopatas, sedentos de poder. Era uma explicação um tanto razoável, pois dava conta do jogo duplo que o Padre Marcelo tinha com W.: às vezes aparecia associado como algo bom, que fazia W. sentir-se bem, alguém que W. admirava, já em outras ocasiões tinha trocado sua família, ouvia seus pensamentos e o controlava. Em ambos os casos, era a forma que W. dava para uma intensidade absoluta, uma figura superior, dotada de poderes especiais, que submetia W. as mais diversas situações, sem ter um lado fixo, nem bom nem mau, à deriva na roleta maquina de W.

O tema do conteúdo do delírio é importante pois, muitas vezes, é com ele que lidamos, é tudo o que temos, o discurso em sua forma mais delirante e seu conteúdo mais bizarro. Porém, para a esquizoanálise, não é o delírio em si que é bizarro, pois ele não possui autonomia própria, mas é um derivado do funcionamento e das falhas das máquinas desejantes. O delírio faz parte do (des)arranjo das máquinas desejantes, é um investimento inconsciente singular – mas de modo algum individual – que se faz no campo social. Aqui, fica clara a diferença radical na concepção do delírio entre a esquizoanálise e a psicopatologia tradicional, como a de Dalgarrondo (2000), para quem o delírio é uma produção associada e idiossincrática, desatrelada da trama social, cultural e política em que o indivíduo está inserido. Para Deleuze e Guattari (2004), o delírio é efeito de um investimento inconsciente que se dá no campo social, que está impregnado de elementos políticos, econômicos, culturais e é permeado pelas relações de poder: “todos os delírios têm um conteúdo histórico-

mundial, político, racial, arrastam e misturam raças, culturas, continentes, reinos” (DELEUZE; GUATTARI, 2004, p. 93).

Para os autores, o investimento inconsciente de desejo, com suas forças que conectam e separam, que reúnem corpos e signos, que os recortam, é que atravessaria o campo social e constituiria o delírio. Haveria dois polos entre os quais o investimento inconsciente de desejo oscilaria: um de investimento e outro de contrainvestimento. O contrainvestimento é também chamado de investimento paranoico reacionário, em que a produção desejante é submetida “à formação de soberania e ao conjunto gregário¹⁴ que dele deriva” (DELEUZE; GUATTARI, 2004, p. 395), ou seja, as máquinas desejantes que produziram uma configuração social, um arranjo, passam a se submeter a ele em prol de uma soberania, de um poder supostamente oferecido por fazer parte de um grupo. Aqui, o desejo encontra-se ligado a uma causa e a uma finalidade, determinadas ilusoriamente pela hegemonia grupal.

Já o outro modo de investimento, também chamado de esquizoide revolucionário, “submete o conjunto gregário às multiplicidades moleculares da produção de desejo” (DELEUZE; GUATTARI, 2004, p. 395), mantendo as máquinas desejantes autônomas. O desejo permanece estabelecendo conexões com outras máquinas desejantes, espalha-se investindo o que lhe atrai, libertado de uma causalidade ou de uma finalidade, ele está sempre entre, é sempre um meio. Vale dizer que o esquizo, aqui, não deve ser compreendido como “o esquizofrênico”, figura desvitalizada que já teria interrompido seu “processo” esquizo, seu nomadismo existencial.

O processo esquizo não pode ser definido por sua negatividade, mas antes por sua mobilidade, por sua inapreensibilidade. Possui modos próprios de referência, não partilhados pelo código social, que possibilitam a ele não se submeter à lógica esmagadora de um Significante, de um recorte específico. Desta forma, permanece fluido e deslizante, ao mesmo tempo em que está o mais próximo da matéria, por se ligar às intensidades e não às formas. Ele não se fixa a uma territorialidade, mas permanece em nomadismo, ramificando a cada vez os fluxos que o atravessam (DELEUZE; GUATTARI, 2004).

¹⁴ Gregário é o que se diz de animais que vivem em bandos ou grupos. Conforme o dicionário online: “instinto gregário: tendência que leva os homens ou os animais a se juntarem, perdendo, momentaneamente, suas características individuais”.

Na perspectiva esquizoanalítica, que pensa o investimento inconsciente não apenas restrito ao âmbito familiar, mas sim como um investimento que ocorre sobre todo o campo social, fatalmente este investimento irá esbarrar em relações de força. Quando os autores nos dizem que “todo o delírio é racial, mas não forçosamente racista” (DELEUZE; GUATTARI 2004, p. 89), estamos diante da questão dos dois tipos de investimento, paranoico reacionário (ou mesmo fascista e racista) ou esquizo revolucionário. Estes polos do desejo não estariam em jogo apenas nas formações delirantes, podendo ser encontradas em todo o campo social¹⁵. O delírio apenas explicitaria os movimentos do inconsciente ao percorrer seus temas.

Voltando a W., o que ele traz como conteúdo em seu delírio? Ele fala sobre ser “viado”, que pessoas o estariam acusando disso (como se esta fosse uma acusação plausível, e não uma escolha relacionada ao gênero). Ora, é fácil reconhecer um caráter homofóbico em seu delírio, assim como é possível reconhecer esta marca nos conjuntos sociais e seus enunciados. Contudo, W. não ataca ninguém, não disfare seu discurso de ódio, como acontece em alguns grupos sociais. O delírio de W. se rebate contra si mesmo, e seu desejo desregrado não encontra um meio de se expressar senão negando uma possível atração, atribuindo-a a uma alucinação, a uma perturbação causada por um agente externo, a um erro.

O conteúdo político do delírio de W. não acaba por aí. Em última instância, podemos dizer que W. relata uma perseguição por membros da igreja e se queixa de uma psicóloga ter colocado um sintoma nele. Ora, não são queixas inéditas e nem tão absurdas assim. É claro que após conhecermos W. melhor sabemos que essas acusações não procedem senão em seu delírio. Mas se o delírio depende do investimento inconsciente de desejo, é interessante como ele se faz a partir de temas que estão bastante presentes em nossa sociedade, como a homofobia e o poder da igreja. Mas se é verdade que estes elementos constituem o delírio de W., eles são também como uma espécie de pano de fundo, onde cada tema ou personagem ressurgem para dar conta das intensidades que W. atravessa.

Se antes a psicóloga estava pressionando W., agora parecia que era a vez do Padre Marcelo dar sua investida. W. iniciou o atendimento seguinte contando que se sentia meio alterado, mexendo com sua sexualidade, e que gostaria de ser como eu, normal. Eu lhe disse que também ficava alterado às vezes, o que ele rechaçou: “fica

¹⁵ O nazismo talvez seja o exemplo mais grandioso do investimento paranoico reacionário, mas que de maneira alguma se restringe às grandes formações sociais, estando presente de modo difuso em nosso cotidiano.

nada, você é psicólogo”, e disse que ele não queria ficar alterado, que fica se segurando, com medo. Eu pensei que seria uma oportunidade para dizer algo que estava me intrigando, o fato dele parecer inabalável, de eu não conseguir imaginá-lo perdendo o controle:

[>Pesquisador]: Com medo? Alguma vez você já explodiu assim, de... É isso que você fica segurando, segurando, segurando, de repente você não aguenta e estoura assim?

[W.]: Não...

[>Pesquisador]: Não, né? Uhum. Nunca ficou mais agitado, né? Então, eu nunca notei você mais agitado assim... Porque algumas pessoas ficam né? Acho que talvez até você já tenha visto aqui. Tem uns pacientes que ficam mais agitados.

[W.]: Não, tem que levar a cruz, né?

[>Pesquisador]: Hum?

[W.]: Tem que levar a cruz.

[>Pesquisador]: É? Qual você acha que...

[W.]: Mesmo passando por dificuldade, tem que levar.

[>Pesquisador]: Qual que você acha que é a sua cruz W.?

[W.]: Não muitas coisas.

[>Pesquisador]: Mas o quê?

((silêncio))

[W.]: Do que acontece assim, o Padre Marcelo ter feito aquilo com a minha família...

W. dava sinais de que minha hipótese poderia estar certa, ele não fica agitado, não ficaria guardando uma angústia que culminaria em uma explosão. Seu sofrimento se dava de outra forma, realizando-se internamente, acumulando silenciosamente suas intensidades, sem ele transparecer a turbulência que estaria se passando dentro dele. Além disso, o tema do Padre Marcelo parecia estar mais consistente, obrigando W. a lidar com a questão. Por hora, W. dizia que talvez esta fosse a sua cruz, que teria que tolerar este fardo.

Os últimos acontecimentos parecem seguir o roteiro psicanalítico: Padre Marcelo é tido por W. como alguém que só quer estar no poder, como um Outro absoluto e W. aceitando ser objeto de gozo do Outro, conformando-se em carregar essa cruz, num movimento bem próximo ao que Maleval (1998) indicou, situando-se entre o terceiro e o quarto período do delírio, ou seja, entre a identificação e o consentimento ao gozo do Outro. Estas seriam as etapas em que o delírio estaria mais próximo de realizar a sua função, mediando e servindo de amparo à violência do Outro. Estas seriam as fases em que ocorre uma amenização da angústia, em que o gozo do Outro já estaria sendo localizado na linguagem, e não no corpo.

Contudo, os caminhos da loucura parecem não seguir roteiros pré-determinados. Dias após este atendimento, recebi uma ligação no CAPS. Era uma psicóloga de um hospital da região. W. estava internado. Ele havia comentado meu nome, disse que frequentava nosso CAPS e ela ligara para saber mais informações sobre o caso. Ela queria saber, também, sobre a psicóloga a que W. se referia, que teria salvado ele de um acidente. Conteí a ela do acompanhamento que tínhamos com W. e que esta psicóloga não atende W. há pelo menos dez anos, o que foi uma surpresa para ela. Eu queria saber sobre o que teria acontecido para W. ser internado: será que agora ele teria “*descompensado*”, teria ficado muito agitado? Será que ele chamou o SAMU e desta vez eles foram?

Não. W. fora andando ao hospital, disse que estava perturbado, passou pela triagem e decidiram interná-lo. Teve alta no terceiro dia, um após o contato da psicóloga comigo. Eu estava surpreso. Pensava que W. estava um pouco melhor, não entendia como W. podia oscilar tanto e, principalmente, o que ele queria ao se internar. Perguntei a W. o que o levou a se internar. W. disse que foi a perturbação, lutando contra aquela imagem e a imagem passando coisa ruim para ele, mexendo com a sua “fragilidade”. A imagem a que ele se referia era a da psicóloga, e ele também fazia expressões faciais, como se a psicóloga estivesse fazendo “*assim*”, e franzia a testa e levantava a sobrancelha.

[>Pesquisador]: Querendo dizer o que com essa cara?

[W.]: O ônibus passando na lombada...

[>Pesquisador]: Essa cara...

[W.]: Eu não vou ficar levando isso pelo resto da vida, tenho os meus próprio pensamentos, né?

W. devia estar farto desse sofrimento. Não aguentava mais estar à mercê de terceiros, sem conseguir se desvencilhar desses temas que o perseguiram. Conversando sobre o que acontecia quando ele decidiu ir, W. contou que foi ao hospital na segunda-feira, o que chamou minha atenção, pois geralmente ele ia ao CAPS. Por que ele haveria ido ao hospital e não ao CAPS? Mas W. me lembrou que naquela segunda-feira era dia da luta antimanicomial, e nosso CAPS tinha planejado uma atividade externa, em que fomos a uma praça na região para trazer a atenção para a causa. Os pacientes estavam cientes disso, chamamos todos para irem conosco. No CAPS haveria uma equipe mínima, mas não haveria as atividades normais.

[W.]: Eu falei isso pro médico, que vocês foram e ele falou "vai lá no CAPS", eu falei "eles foram na luta anticomial".

[>Pesquisador]: Antimanicomial. E você não queria ir? Certo... E aí, você chegou lá, o que você falou pra eles?

[W.]: "Não tô bem", aí ele falou... Passou dois comprimidos pra mim, aí eu tava lá fora meio assim... Aí a moça "ô W. vem cá", a enfermeira, "vai te internar", aí colocou a roupa, eu tomei injeção, aí foi passando, foi passando, foi passando... Aí eu comecei a ficar ruim... Ela falou "espere aqui fora", aí eu fiquei lá fora, aí eu comecei a ficar mal, aí ligou pro A., o psiquiatra, que foi e me internou. É A. o nome dele, tá aqui, ele me deu a receita..."

W. recorreu à internação porque o CAPS não estava funcionando como de costume, e sua perturbação devia estar acentuada. Ainda assim, eu tentava entender como teriam sido estes dias, se W. sentiu-se melhor durante a internação. Ele disse que fora bom estar lá, que o "clima era agradável" e que tinha cinco refeições, que tinha comido um monte.

[>Pesquisador]: E conversaram com você?

[W.]: Eu falei pra psicóloga, um medo demais, uma ansiedade demais... Mentas ansiosas, do livro Mentas Ansiosas. Ela "tá, tá, tá..."

No mesmo dia em que conversaram comigo, deram alta para W., mas seu pai não foi buscá-lo, porque, segundo W., ele tinha outro compromisso. E no dia seguinte W. foi liberado. Saiu da mesma forma que chegou, andando, sozinho. Isto me fez pensar no desamparo dele, em como ele não tinha ninguém para ajudá-lo, nem a própria família. W. tinha vindo direto do hospital para o CAPS. Pediu que eu lhe desse dois lanches, que eram servidos no CAPS, para passar o fim de semana, pois estava sem dinheiro e não queria sair depois de chegar em casa. Eu reiterei o projeto terapêutico dele, falei para ele vir todos os dias ao CAPS e para entrar em contato conosco antes de tomar uma decisão como a de se internar.

O que poderia ter produzido este movimento de W.? Um excesso de angústia, ou efeito de um processo de desterritorialização, em que já não há onde se estar, restando somente o hospital? Há muitas possibilidades de leitura deste fato, mas o que nos interessa é pensar este acontecimento não como um fato isolado, mas no contexto em que W. está inserido, na continuidade de seus movimentos.

W. estava sendo atendido frequentemente. Com as conversas constantes que tínhamos, ele tinha a oportunidade de expressar o que vivia, seus conflitos e intensidades. Como seria que ele ficava antes de estar em atendimento, o que fazia

com essa montanha russa que vivia, já que seu jeito calado e reservado não permitia dar vazão às histórias que animavam sua vida? Não há como se saber, mas, talvez, antes de serem expressas, as intensidades estivessem ainda mais “concentradas”, exercendo maior pressão em W. Uma vez que consegui penetrar numa certa bolha na qual ele se fechava, W. se conectou a mim e passou a falar. Em meio ao discurso sem sentido e repleto de junções monstruosas, algo tornava-se recorrente: havia acontecido alguma coisa muito estranha com W., um acidente, uma psicóloga que passava coisas ruins para ele e mexia com sua sexualidade, um padre que tinha trocado sua família – diversos elementos que passaram a ser expressos, a ganhar vazão, por mais que carecessem de organização. Não se pode afirmar que isto por si só trouxe algum alívio para W. Talvez encontrar alguém interessado em se conectar e trocar com ele, a seu modo, possa fazê-lo se sentir bem, mas isto não é o mais importante. À medida que ele é capaz de se expressar, que encontra um meio para conversar, W. passa a investir nisso, indo diariamente ao CAPS e sempre demandando atendimentos individuais. Certamente nossas conversas geravam alguma modificação em W., produziam algum afeto, algo que o mantinha ali. Aos poucos ele deve ter consolidado isso, acostumando-se a encontrar algum espaço quando era atendido. Os momentos em que W. não estava em um contexto de atendimento pareciam ser os mais ameaçadores a ele, que acabava por solicitar outros apoios, como quando chamava a polícia ou ligava para o SAMU. E justamente em um desses momentos, quando haveria uma atividade específica do CAPS e não seria possível realizar seu atendimento, W. buscou outro apoio. E foi surpreendente W. realizar isso com suas próprias forças, indo até o que ele queria e não apenas telefonando. Talvez isto seja mais importante do que entender o que ele queria ao se internar. Talvez ele só quisesse, mesmo, internar-se – e foi.

O fato de W. internar-se ilustra bem como há na psicose um outro modo de funcionar. Se ainda faz sentido pensar na distinção entre as entidades clínicas, é mais para pensá-las como modos predominantes de relação do que como rótulos que definem totalmente uma pessoa. A diferença entre esquizofrenia e paranoia, para a esquizoanálise, reside no agenciamento produzido pelo corpo sem órgãos de cada uma: a esquizofrenia como processo infinito de decodificação e desterritorialização de si próprio, a falência da superfície e a ascensão da profundidade corporal, do subterrâneo das intensidades, as pequenas multiplicidades, o “deixe-me em paz” (DELEUZE, 2016b)

Já na paranoia o que está em questão é a infinita combinação de signos e sua circularidade, a restauração dos códigos, os grandes conjuntos, o “não vou deixar você em paz” (DELEUZE, 2016b). Se é verdade que W. se relacionava intensamente com seus grandes conjuntos (as pessoas com estudo, os psicólogos, o padrão certo, os padres), também era capaz de subverter a unidade do conjunto e arrastá-lo em outras direções, migrando de tema subitamente, às vezes mirando seu corpo, seu cérebro, as sinapses, numa dissecação cerebral tipicamente esquizofrênica.

W. parecia oscilar entre os polos paranoico e esquizofrênico, com movimentos característicos de ambos. Talvez agora ele estivesse mais paranoico, após anos tentando dar consistência aos seus signos, numa busca para amenizar a perda de superfície. Guattari (2012) define bem o delírio do paranoico: “a pulverulência delirante primária ou as grandes narrativas da paranoia [são] vias precárias de cura da intrusão do absoluto” (GUATTARI, 2012, p. 99). W. tentava se defender do absoluto, dava formas a ele, criava todo o enredo, mas era uma saída precária, que sempre retornava a ele e suas intensidades intransitáveis.

Nos atendimentos seguintes, W. começou a trazer mais claramente a questão da sua sexualidade. Ele dizia que até o apresentador de um programa de TV tinha percebido que W. ficava olhando para ele toda hora. O problema parecia residir em W. achar homens bonitos, o que provocava um mal-estar tremendo. W. atribuía isso à psicóloga, que, após ela tê-lo tirado do acidente, diversos fenômenos passaram a ocorrer com ele: W. ficou com o corpo mole, confundido, desequilibrado, sem conseguir usar seus mecanismos. Às vezes ele dizia que a mente dele está “*passando coisa de viado*” para a cabeça dele, às vezes dizia que era a psicóloga. Passamos a explorar um pouco mais esta questão de achar homens bonitos. W. fazia questão de dizer que não se tratava de uma atração, mas sim de um descontrole. Ele contou que antes não tinha isso, apenas na infância ele diz que teve uma alucinação, em que achou um menino bonito. Nesta altura, eu seguia achando que o conflito de W. passava por uma inclinação homossexual que não era aceita por ele, e isto acabava se manifestando de outras formas, em que W. atribuía não a ele próprio, mas a um agente externo que manipularia sua mente. W. negava o que tinha dito anteriormente, dizendo que não tinha achado bonito o apresentador de TV, mas sim o jeito dele. Outro elemento que costumava aparecer nessas ocasiões era o medo. Achar homens bonitos provocava medo em W. Eu tentava entender que medo seria este, mas quando não era “*medo só*”, era medo de errar, de fazer coisa errada. Eu pensava o

óbvio: W. devia ter medo de achar um homem bonito e de fazer alguma coisa errada, fora do “padrão certo”, como ele já havia mencionado antes. Mas eu parecia não conseguir captar a questão de W., que quase sempre era diferente do que eu imaginava:

[W.]: Achar bonito tem um desequilíbrio.

[>Pesquisador]: Isso aí, justamente, é o que eu falei, um descontrole, um desequilíbrio é achar homens bonitos, né?

[W.]: E antes eu achava... É por causa que ela me deixou um vazio dentro desse jeito, aí eu ficava assim... era normal, seguia minha religião, tinha meu trabalhinho, conversava com gente bonita e não tinha nada disso.

[>Pesquisador]: Você não sentia nada?

[W.]: Não, não é sentir, é um desequilíbrio.

Mas realmente não era algo simples de se compreender o que se passava com W. em relação à sexualidade e a seu desequilíbrio:

[>Pesquisador]: E como que é esse desequilíbrio?

[W.]: Desequilibrado, os mecanismo não tá se encaixando, eu só tô focado naquilo. Pensando que eu fiquei com esses negócio, entendeu?

[>Pesquisador]: Que negócio?

[W.]: Esses negócio de pensamento regressivo pra pessoa bonita.

[>Pesquisador]: Pensamento regressivo pra pessoa bonita? Como assim pensamento regressivo?

[W.]: Pensamento. Pensamento mau.

[>Pesquisador]: E qual é o pensamento mau?

[W.]: Dela passando essas coisas pra minha cabeça, eu fico sufocado, entendeu? Eu fico assim pra ela ó... fiquei todo unguido assim, ela mandou eu sentir esse medo, ela faz eu asfixiar o meu emocional, que não sei o quê, não sei o quê. Eu fico sufocado, acabo errando.

Tentando entender sobre este descontrole, W. diz que isso ocorre com ele porque ele não tem muita informação, porque é pobre, e que gente com mais informação vive melhor. Como já dito anteriormente, ele valorizava bastante a educação formal, fazia referências constantes a alguém ter estudo, preparo, ser inteligente, como um fator de distinção. Eu perguntei por que ele achava que pessoas com mais informação vivem melhor, e ele respondeu da seguinte maneira:

[W.]: Porque sim. Tem preparo. Eu escolho mulher. O próprio doutor dos casos de família falou que é escolha. Eu escolho mulher.

W. afirmava que escolhia mulher, aparentemente não para ele próprio ser uma mulher, mas escolher mulher ao invés de homens para se relacionar, tentando afirmar sua sexualidade. No entanto, W. não se prendia muito a isso, passando a percorrer

outros temas, como conversas com personagens da televisão, em que revela a superioridade deles e articula esta suposta alucinação com a questão do Padre Marcelo:

[W.]: *O Louro da Ana Maria Braga falou "é ser muito burro, pra tá pensando outras coisas assim, pensando que tá passando outras coisa..."*
 [>Pesquisador]: *Não entendi.*
 [W.]: *Pensando que tá passando outras coisa.*
 [>Pesquisador]: *Quem tá pensando que tá passando outras coisas?*
 [W.]: *Eu.*
 [>Pesquisador]: *Você? E o que o Louro da Ana Maria Braga tem a ver com isso...*
 [W.]: *É ser muito burro.*
 [>Pesquisador]: *É ser muito burro? O que é ser muito burro?*
 [W.]: *Tá pensando coisas assim... Meu pai falou que nós tem que fazer as coisas na inteligência, não na burrice.*
 [>Pesquisador]: *Anh... Mas quem que é muito burro? O Louro ou você?*
 [W.]: *Eu, eu.*
 [>Pesquisador]: *E o Louro que disse isso?*
 [W.]: *É, o Louro tem preparo que nem você.*
 [>Pesquisador]: *É? Mas... O que o Louro tem a ver com isso, ele te falou isso, você pensou nele... O que ele...*
 [W.]: *Não, ele falou.*
 [>Pesquisador]: *O que ele falou?*
 [W.]: *"É ser muito burro, ficar pensando nisso".*
 [>Pesquisador]: *Ele falou pra você? E pro Brasil todo na televisão?*
 [W.]: *É, é...*
 [>Pesquisador]: *Ele falou no programa? Mas ele fala assim com você no programa dela?*
 [W.]: *Fala.*
 [>Pesquisador]: *Mas você conhece ele?*
 [W.]: *Não.*
 [>Pesquisador]: *E como que ele fala pra você?*
 [W.]: *Eu acho que o Padre Marcelo mandou.*
 [>Pesquisador]: *Padre Marcelo mandou? O que o Padre Marcelo mandou?*
 [W.]: *Ele ficar me bajulando...*
 [>Pesquisador]: *Te bajulando? Hum, por quê?*
 [W.]: *Porque sim.*
 ((silêncio))
 [>Pesquisador]: *Padre Marcelo mandou eles ficarem te bajulando? Por algum motivo?*
 [W.]: *Por arrependimento dele.*
 [>Pesquisador]: *Por que ele se arrepende?*
 [W.]: *Porque ele é uma pessoa de Deus.*
 [>Pesquisador]: *Ele é? Mas qual o motivo que ele tem pra se arrepender com você?*
 [W.]: *Das coisas errada que ele fez.*
 [>Pesquisador]: *O que ele fez de errado?*
 [W.]: *Esse negócio da minha família.*

W. estaria recebendo uma ofensa do personagem Louro José, dizendo que ele é muito burro para ficar pensando que estão passando coisas para ele. Ao ser questionado, W. apoia-se naquilo que ele já tem construído com maior consistência, o Padre Marcelo, que estaria fazendo isso para bajulá-lo por estar arrependido de ter

trocado sua família. É interessante como aqui os elementos aparecem articulados de modo um pouco mais lógico, com algum sentido que eu pudesse compreender. No entanto, não sei se podemos dizer que isto seria um sinal de melhora, pois W. também trazia questões relacionadas à sua vizinha, que estaria novamente chamando ele de “viado”. W., inclusive, disse que sairia de sua casa por isso, e que estaria procurando um outro lugar para morar.

Nesta altura dos atendimentos, W. passou a dizer que foi injustiça o que a psicóloga fez, pois ela lhe disse para falar do medo que sente enquanto o estava atacando, o que era uma injustiça. No atendimento seguinte, W. disse que estava se sentindo bem melhor e que tinha perdoado a psicóloga, citando uma passagem de um programa religioso de rádio que falava sobre perdoar. W. não desenvolveu muito o tema, disse apenas que decidiu perdoar. Isto, no entanto, não parece mudar o cenário, e W. continua a se queixar que sua inteligência e o pensamento ficavam travando.

Eu queria envolver mais a família de W. em seu tratamento, dada as complicações que estavam ocorrendo, como se internar e chamar a polícia para a vizinha. Eu já tinha tentado falar com seu pai, que não fora ao atendimento marcado. Optei então por tentar conversar com alguma de suas irmãs, que eu sabia que W. tinha contato. Mas sua reação novamente foi ríspida, ficando muito incomodado com a possibilidade de eu falar com alguma delas. Ele deu uma série de desculpas, disse que elas não viriam, falou do trabalho delas, que não poderiam faltar, que eu não entendia elas; recusou-se a dar o telefone delas, disse que uma morava longe, outra vivia hospitalizada. Era interessante como ele novamente mudou de temperamento quando falamos sobre isto, negando com veemência que eu entrasse em contato com elas, chamando-me de “bicho chato” e “insistente”. Eu percebi que isto era algo que mexia muito com W. e preferi não o tencionar mais.

Eu me perguntava até que ponto deveria me preocupar com W., se envolver sua família era algo necessário ou não. Claro que seria positivo se mais pessoas estivessem envolvidas nos cuidados com W., mas não se tratava de algo espontâneo, pelo contrário, parecia haver resistência de ambas as partes. Eu pensava que, se por um lado ele estava bem aderido ao tratamento, com um forte vínculo comigo e com a instituição, por outro eu parecia não saber ao certo o que estava se passando com ele, podendo ser surpreendido com alguma situação nova, assim como quando ele se internou.

Em um atendimento, quando falávamos – como sempre – sobre como ele se sentia quando achava que a psicóloga lhe estava passando coisa de “viado”, ele me trouxe a seguinte questão, inédita até então:

[W.]: Desequilibrado assim, meio... com vontade de tirar a própria vida.

[>Pesquisador]: Você sente isso? Como que é isso?

[W.]: Porque eu fico muito preso nisso, acabo me sufocando.

[>Pesquisador]: Mas você já pensou em tirar a própria vida? Como?

[W.]: Ela me atormentando e eu ficando desse jeito.

[>Pesquisador]: Mas quando que você pensou nisso?

[W.]: Quando eu tava em casa.

[>Pesquisador]: Que dia?

[W.]: No dia que eu liguei pra ambulância. Ele disse: "Tem uma arma? Onde você está agora? Você pensa em cometer suicídio?", aí eu falei: "Eu tava pensando, mas eu parei."

Não dava para saber se isso era uma ideia genuína de W., ou se ele me falou sobre isso influenciado pela conversa que teve com o SAMU, em que eles perguntaram sobre suicídio. Eu sentia que deveria me manter-me no caminho do meio, considerando que havia ambas as possibilidades, sem ficar impactado com o que ele me disse e considerar que ele estava em risco de vida, e nem desconsiderar que este poderia ser um sentimento que W. tinha. Eu mesmo acredito que consideraria esta possibilidade, caso vivenciasse as mesmas coisas que W. Acabei por reforçar a W. que nós do CAPS estávamos lá para ajudá-lo, que eu sabia que era difícil ter os pensamentos que ele tinha, essas lembranças que voltavam, mas que ele podia contar conosco para ajudá-lo quando estivesse muito difícil. Mas W. seguia com seu discurso delirante enigmático:

[W.]: Então, ela fazendo assim, eu me sinto meio ruim.

[>Pesquisador]: Uhum.

[W.]: Ficou gravado.

[>Pesquisador]: Ficou, né?

[W.]: O lobo oscipital é o processo da visão né?

[>Pesquisador]: Não sei.

[W.]: Oscipital, córtex singular anterior, córtex frontal, lobo parietal, hipotálamo, lobo oscipital, formação reticular, cerebelo. Os processos visuais do que vemos, ligado à (), o córtex visual.

Durante um atendimento, poucos dias após ele ter mencionado isso, eu perguntei o que ele iria fazer no dia seguinte, que era um final de semana. Preocupava-me o CAPS não estar aberto e ele ficar mal, fazendo algo que poderia ser evitado caso ele contasse com algum apoio. Mas W. dizia apenas, pragmático que

às vezes era, que iria escutar rádio. Eu perguntei se ele iria assistir TV também, e sucedeu-se o seguinte diálogo:

[>Pesquisador]: *Ouvir rádio e assistir TV, né?*
 [W.]: *ehn ((grunhido)).*
 [>Pesquisador]: *Hum?*
 [W.]: *Nada.*
 [>Pesquisador]: *ehn o quê?*
 [W.]: *Nada, oxi.*
 [>Pesquisador]: *Que foi?*
 [W.]: *Nada doutor B., hoje...*
 [>Pesquisador]: *Você que falou.*
 [W.]: *A psicóloga nas coisas dela ela passava: "ehn que bonitinha", a psicóloga que vai com a gente lá pro CEU.*
 [>Pesquisador]: *Que vai o quê?*
 [W.]: *Com a gente lá pro CEU. Ela passou eu fiquei olhando ela: ehn.*
 [>Pesquisador]: *A F.?*
 [W.]: *É.*
 [>Pesquisador]: *Ela falou: ehn? O que ela quis dizer?*
 [W.]: *Não sei.*
 [>Pesquisador]: *O que você acha que quis dizer?*
 [W.]: *Toda hora eu fico olhando ela.*
 [>Pesquisador]: *Por quê?*
 [W.]: *Ela passa toda hora eu fico olhando ela.*
 [>Pesquisador]: *É? Ela percebe? E o que você fica vendo nela?*
 [W.]: *A bunda dela.*
 [>Pesquisador]: *A bunda dela? Uhum. Você tem desejo pela bunda dela? Tem?*
 [W.]: *Fica até gravado na região reticular quando eu vi a bunda dela assim. Acho que ela fez desaparecer a calcinha e ficou uma beleza.*

Embora não fossem constantes, as referências mais explícitas a temas sexuais eram comuns nos atendimentos de W. Elas apareciam soltas, pareciam fragmentos de recordações misturadas a algo mais, geralmente um componente delirante, expresso por uma desarticulação ou sua intensidade, como uma mudança na voz ou um grito. No entanto, isso estava se tornando mais frequente, e o que antes era apenas “*um descontrole, um sintoma*”, agora aparecia endereçado ao sexual: havia algo mexendo com sua sexualidade, e isto era atribuído à psicóloga. Em paralelo a isso, W. trazia suas questões sobre achar homens bonitos, além de diversas outras referências, como relatos sobre a infância, em que W. diz que se masturbava no banho, assim como seu irmão, além de já ter mencionado que achava um garoto bonito quando era pequeno.

Em relação a achar homens bonitos, eu atuava no sentido de W. não se culpar por isso, pois geralmente ele considerava isto um erro, um desequilíbrio. Minha intenção era a de criar um clima de confiança para que W. pudesse expressar o que sentia sem achar que seria julgado. Para isso, eu perguntava qual o problema em

achar homens bonitos, dizendo que isso seria algo natural, assim como achamos mulheres bonitas, podemos achar homens bonitos também. W. costumava negar isso, reafirmando que era errado. Durante um atendimento, ele comentou sobre o jogador de futebol Neymar, e disse que não iria assistir ao jogo na televisão porque o mesmo estava de cara feia para ele:

[W.]: Eu acho que não vou assistir, não. Neymar fica tirando os outro...

[>Pesquisador]: Tirando como?

[W.]: É que quando eu tava com esses pensamento, ele na câmara, do outro lado (da minha cara aí)... Ficou com a cara feia pra mim.

[>Pesquisador]: Hum...

[W.]: Eu não tava bem, aí eu achei ele bonito, aí eu fiquei descontrolado.

[>Pesquisador]: Achou o Neymar bonito e aí ficou descontrolado? Por que te descontrola achar as pessoas bonitas?

[W.]: Porque não tá certo isso, né? Tem um mecanismo errado na minha cabeça.

Tentamos explorar insistentemente por que seria errado, mas W. dizia apenas “*porque é errado*”. No mesmo atendimento, momentos depois, falamos novamente sobre o jogo de futebol que haveria, e aí W. disse que iria tentar ver:

[W.]: É, eu vou assistir. Vou ver se eu consigo né? Porque eu tenho () de tirar...

[>Pesquisador]: E se achar ele bonito?

[W.]: Achei ora, ele é bonito mesmo.

[>Pesquisador]: Então... É isso que eu tô falando.

[W.]: Não é tão bonito, não, mas...

[>Pesquisador]: Eu também não acho, mas qual que é o problema de achar bonito?

[W.]: Você acha bonito, é bonito. Tudo bem. Que bom que tem...

Essa mudança súbita assemelhava-se com outros momentos de W., que então iria mudar, iria esquecer a psicóloga, como se fosse algo simples. Nessas ocasiões, acredito que W. se esforçava para se posicionar de acordo com o direcionamento que eu lhe dava: se eu falasse que não tinha problema achar homens bonitos, então ele também não iria criar problema.

Em uma de nossas conversas em que W. levava a questão sexual, perguntei se W. já tinha tido alguma namorada, ao que ele respondeu que não, que queria ser padre, mas que não deu certo e revelou ter vontade de ter uma namorada. W. disse que era difícil aparecer alguma, que ficava com vergonha e “*ansioso demais*”. Perguntei se ele sabia como fazia para conseguir uma namorada:

[>Pesquisador]: *E como é que faz pra arranjar uma namorada?*
 [W.]: *Ah, pra um homem assim né, que nem eu, é um processo mais demorado ainda né.*
 [>Pesquisador]: *Por quê?*
 [W.]: *Ah, é difícil né, arranjar uma pessoa. Tem que ser uma certa, né?*
 [>Pesquisador]: *Uhum, mas por que "pra homem assim como eu"?*
 [W.]: *Homem assim que nem eu, que sou santo um pouco.*

Ao considerar-se meio santo, o processo de arrumar uma namorada seria mais complicado. No decorrer do atendimento, ele apresentou referências a Jesus, e eu tentei fazer com que ele pensasse por si próprio, que era dele que estávamos falando, e não de outra pessoa. W. não seguiu com a ideia de que ele seria um santo, mudando em seguida e dizendo que ele não é filho de Deus, mas sim do pai e da mãe dele.

A essa altura havia chegado o momento em que W. passaria pela perícia do INSS, para avaliar se ele estaria apto ou não para voltar ao trabalho. W. queria voltar, dizia que iria ajudá-lo a melhorar mais um pouco. E a médica do INSS concordou: atestou que ele estava apto a trabalhar. W. não demonstrava estar feliz, mantinha a postura inabalável de sempre. Eu é que estava feliz por ele, e perguntei quando ele iria entregar o atestado para sua chefe:

[W.]: *Hoje mesmo.*
 [>Pesquisador]: *Hoje mesmo. Legal. E aí, tá se sentindo preparado pra voltar?*
 [W.]: *Ah, qualquer um faz limpeza...*
 [>Pesquisador]: *Qualquer um faz limpeza?*
 [W.]: *Ainda () na liminar () limpar bem direitinho... Volta e dentro branco.*
 [>Pesquisador]: *Hum... Uhum. E agora?*
 [W.]: *Ela passou numa revista, fazer sucesso, aí a foto do Padre Marcelo escrito "fazer sucesso" embaixo, aí depois nas outras folha tinha um monte de letra assim, cobrindo a folha inteira, fazer mais sucesso do que ele ainda, estudar mais ainda do que ele.*
 [>Pesquisador]: *Uhum. É...E como você acha que vai ser agora pra trabalhar? Tenta pensar... O que aconteceu que você foi afastado antes, e o que fazer pra ficar bem agora e não ser afastado novamente?*
 [W.]: *As perturbações que a psicóloga passou pra minha cabeça, tá passando.*
 [>Pesquisador]: *Tá passando? E elas diminuindo você consegue trabalhar mais tranquilo?*
 [W.]: *Você falou aquele dia, quando tava no telefone, que não entendeu né? Vou falar pra você entender.*
 [>Pesquisador]: *Hum...*
 [W.]: *Ela falou "você fala desse medo que você sente", aí eu falei "agora", aí ela...*
 [>Pesquisador]: *Uhum.*
 [W.]: *O medo da cara dela e um medo de asfixiar o emocional.*

W. continuava com seus temas, entre eles a asfixia emocional e o Padre Marcelo. Talvez motivado pelo contexto de ter “conseguido” um apartamento, ele faz referências a ter mais estudo e sucesso do que o padre. Apesar das referências delirantes persistirem, ele não demonstrava estar tão perturbado quanto antes, como quando ligava ao SAMU para se internar. Eu não sabia se W. estaria pronto para voltar ao trabalho, talvez ninguém soubesse, mas a médica perita achou que sim e ele dizia querer retornar.

Agora W. teria que retornar ao trabalho, cumprindo o turno das quatorze até as vinte e duas horas, em um regime de cinco dias trabalhados para um de descanso. Conversamos para definir como seria o acompanhamento de W. no CAPS diante deste novo cenário. A princípio ele disse que iria no dia de sua folga e quando eu estivesse lá. Eu lhe falei que agora ele não precisaria ir todos os dias, pois seria muito cansativo, mas que seria bom ele ir ao menos duas vezes na semana; aí ele poderia almoçar no CAPS e ir direto para o trabalho. Eu gostaria de estar próximo neste novo início de trabalho, para acompanhar como W. se sentiria. Ele disse que iria nas quartas, quintas e sextas-feiras, pois queria ir para o futebol também.

W. foi ao CAPS apenas três semanas depois, deixando de tomar a medicação antipsicótica injetável, que era administrada no CAPS. Quando ele retornou, disse que estava alterado no dia anterior, via meninos no ônibus que alteravam a visão dele. Falamos de seu trabalho, ele disse que estava tudo bem, que ficava em setores diferentes dentro do shopping, como praça de alimentação, corredores e banheiros. Perguntei por que ele não tinha ido conforme combinado, e ele disse que nesta semana iria – do mesmo modo como ocorreu no início do atendimento dele, em que não ia, mas dizia que “agora iria”. Eu falei para ele que era importante ir ao CAPS, inclusive para tomar a medicação conforme foi prescrita pelo médico, que isso o ajudava a não se sentir tão perturbado. Ele respondeu:

[W.]: A culpa não é da injeção, é daquela psicóloga.

[>Pesquisador]: Sim...

[W.]: Na infância eu não tinha perturbação.

[>Pesquisador]: Sim, mas acabou desenvolvendo, né? E a injeção trata isso. Ajuda a minimizar...

[W.]: Nem tanto.

Realmente, eu não poderia dizer que a medicação era a responsável por W. melhorar ou não. Seu quadro era tão inconstante que era difícil até falar sobre uma

melhora. Mas podemos pensar que o fato dele ir trabalhar demonstrava ao menos que W. estava conseguindo lidar melhor com seu sofrimento, pelo menos se compararmos a quando ele estava ligando para o SAMU.

Mas W. seguia delirante, isto é inegável. Ele contou novamente sobre o Padre Marcelo mandar pessoas para falar com ele, ler a mente dele, além de dizer novamente que o padre teria trocado sua família. W. também dizia que sentia seu pensamento empedrado e que teria que arrumar isso. Eu, ao ver o quanto isto era presente em W., disse-lhe que possivelmente isto não daria para arrumar, e que ele teria que conviver com algumas dessas perturbações.

W. retornou uma semana depois. Falou de muitas coisas, parecendo um pouco mais eufórico e até mesmo mais delirante do que de costume; disse que pisca quando vê alguém bonito, a televisão fala com ele, fez diversos comentários de cunho sexual e falou até de um amigo imaginário, além de contar sobre um churrasco que foi quando *“ainda era normal”* e experimentou cerveja. Eu estava para sair de férias e combinei com W. que uma outra psicóloga iria atendê-lo na minha ausência. Ao final do atendimento, tivemos o seguinte diálogo:

[W.]: *E o meu pai, no Ibirapuera, "você quer pipa ou doce?", eu "pipa"...*
 [>Pesquisador]: *Tá bom W.?*
 [W.]: *"Papai..."*
 [>Pesquisador]: *Você lembra disso?*
 [W.]: *Sim, tem outro pai, o Bruno.*
 [>Pesquisador]: *Hum?*
 [W.]: *Tenho outro pai, o Bruno.*
 [>Pesquisador]: *Que Bruno?*
 [W.]: *Você.*
 [>Pesquisador]: *Eu? Seu pai? Eu não sou seu pai...*
 [W.]: *Não, assim, como se fosse...*

Não era surpresa eu ser trazido para esta posição. Considerando a trama delirante e as poucas referências de W., eu facilmente poderia ser arrastado para este lugar. Apesar de W. mencionar isto, esta junção não se insere em seu delírio, não torna a aparecer e nem parece ser tomada como verdade, mas *“como se fosse”*. E aqui, cabe questionar, qual seria o lugar do pai para W.? Não é algo tão simples de se imaginar, considerando-se todas as questões colocadas por W. em relação à legitimidade de seu pai. Para mim, antes de tudo, era sinal do reconhecimento de algum afeto que mantínhamos, e que W. precisava endereçar de alguma forma.

Saí de férias e somente encontrei W. um mês e três semanas depois. Quando ele me viu, perguntou-me que horas iríamos conversar, como fazia todos os dias,

como se tivesse me visto no dia anterior. Não havia qualquer sentimento de saudades por parte dele, mantendo sua postura inabalável e algo fria. Ele parecia igual: chegou falando de um psicólogo que encontrou no seu trabalho, que ficava invisível como eu, depois contou sobre estar com a sexualidade alterada. Por mais que W. já tivesse me falado milhares de vezes sobre esta alteração na sua sexualidade, eu seguia perguntando como era esta alteração (até porque, de fato, eu ainda não tinha compreendido). Desta vez ele disse:

[W.]: Assim, tipo uma fraqueza mexendo com a minha sexualidade.
[>Pesquisador]: Hum... Como que é isso?
[W.]: Uma fraqueza assim, eu olho assim e fico meio desequilibrado...
[>Pesquisador]: Por que mexendo com a sua sexualidade?
[W.]: Mexe, porque eu sou homem, e eu tô fazendo coisa que eu não quero.
[>Pesquisador]: O quê?
[W.]: Assim, eu olho assim, aí eu falo pro homem "ai que gato", e fico com medo, assim... Tipo uma fraqueza...
[>Pesquisador]: Você olha um homem que você acha bonito, pensa "ai que gato", e se sente fraco por isso? E você se sente mal? Sim? Por quê?
[W.]: Porque eu não quero fazer isso, eu quero... A psicóloga me passou aqueles negócios, aí ficou meio... Meio perdida a minha mente.
[>Pesquisador]: Antes disso você não achava homem bonito? Não?
[W.]: Achava bonito, mas normal...
[>Pesquisador]: E agora não é normal? Como que é?
[W.]: O medo de fazer uma coisa errada...

Este medo, esta alteração, insistiam em acompanhar W. Em nenhum atendimento ele deixou de fazer alguma referência a isto. Em relação ao Padre Marcelo, W. também mantinha o enredo. Quando ele disse que “*era tão bom quando ia no Padre Marcelo, era bem saudável*”, eu lhe perguntei:

[>Pesquisador]: E por que você não vai mais no Padre Marcelo?
[W.]: Ah, ele não gosta que eu vou lá, então não vou...
[>Pesquisador]: Ele não gosta?
[W.]: É...
[>Pesquisador]: Ele te falou alguma coisa?
[W.]: Não, aquele negócio que aconteceu...
[>Pesquisador]: O que aconteceu?
[W.]: O negócio do meu pai parar em outro lugar, ele trocou minha família... Ele não gosta que eu vou, então eu não vou.
[>Pesquisador]: Você ainda acha que ele trocou sua família?
[W.]: Não, trocou sim.
[>Pesquisador]: Trocou sim? Como que você percebeu isso? Como que aconteceu isso, W.?
[W.]: É porque eu liguei pro seminário pra avisar que foi a psicóloga que me deixou doente. Aí o padre C. falou pro Dom Fernando e pro Padre Marcelo. Aí eles não gostaram e fez isso... Folgados né?
[>Pesquisador]: Não gostaram do quê?
[W.]: Disso, deu ter ligado pra ele.
[>Pesquisador]: Hum... E quando foi isso?

[W.]: Faz tempo, 2005.

Eu já não esperava destituir o delírio de W., mas sua força ainda me impressionava; como viver pensando o tempo todo nisso ou na tal psicóloga? Era algo inconcebível para mim, mas W. vivia desta forma há pelo menos dez anos. Nesta altura do atendimento, estávamos em setembro, e desta vez W. é que iria sair de férias (o tempo que ele permaneceu afastado é considerado tempo de trabalho). Ele continuou a ir ao CAPS durante suas férias. Em um momento curioso do atendimento, W. notou que eu tinha um machucado no braço, mas isto era inconcebível para ele: como que eu, que teria superpoderes, estaria com um machucado, que atestaria contra minha perfeição?

[W.]: Ah, seu mentiroso, isso daí é... Você (.). Quem o... Acho que é A., lá do João de Deus, aí ele "oi W.", eu tava com a (.) normal, aí ele "oi W." ele tava todo machucado assim ó... Aí depois ele vou voltou e tava tudo normal.

[>Pesquisador]: Mas o que você acha que eu fiz se eu não machuquei? O que é isso?

[W.]: Estudo, né, mais estudo.

[>Pesquisador]: Isso é estudo?

[W.]: Não, vem do cérebro...

[>Pesquisador]: Mas o que é isso?

[W.]: Um machucado.

[>Pesquisador]: Hum?

[W.]: Sincronocidato.

[>Pesquisador]: Sincronocidato. Mas isso é um machucado, não é?

[W.]: Tá sincronocidato, médium.

[>Pesquisador]: Mas se isso é um machucado, é porque eu machuquei né?

[W.]: Tem que passar um mertiolate.

[>Pesquisador]: É, mas eu machuquei então, né?

[W.]: Não, não machucou não B.

[>Pesquisador]: Não?

[W.]: Não, não machucou não.

[>Pesquisador]: Por que não?

[W.]: Ah, você tá mentindo. Tá pensando que eu nasci ontem é?

[>Pesquisador]: O que é isso?

[W.]: Como é que você consegue ser tão normal assim, aí aprende as coisa assim, de fácil, desaparecer... Vai, desaparece aí pra mim ver. Que nem o psicólogo no banheiro, eu trabalhando ele... Aí ficou todo... Despareceu.

No trecho acima, vemos como eu já ocupava uma posição ligada ao absoluto, que não comportava falhas nem arranhões. Minha imagem e corpo tinham que se manter perfeitos, caso contrário isto atestaria minha condição de ser humano, e não de alguém dotado de superpoderes, como W. concebia suas figuras privilegiadas. De todo modo, W. seguia seu ritmo, alternando momentos de alguma lucidez e pragmatismo com irrupções delirantes mais complexas, às vezes mantendo a

estrutura do delírio, às vezes não. Em um de nossos últimos encontros, W. trouxe a questão de que gostaria de fazer uma cirurgia para deixar de ser virgem:

[W.]: Não... Porque eu tava pensando em operar, fazer assim, de, de... Na hora dá prazer, né, que se dane.

[>Pesquisador]: O quê? Operar o quê?

[W.]: Não, a virgindade...

[>Pesquisador]: Como que opera a virgindade?

[W.]: Ué, com o médico.

[>Pesquisador]: Com o médico?

[W.]: Médico.

[>Pesquisador]: Médico? Como que ele vai fazer uma operação pra você perder a virgindade?

[W.]: Operando... Dando anestesia, tirando, todo um trabalho. Todo um processo.

[>Pesquisador]: Pra tirar o quê?

[W.]: A virgindade.

[>Pesquisador]: Ah, pra tirar a virgindade é outro jeito, né?

[W.]: É como?

[>Pesquisador]: Você tem que ter uma relação sexual. Aí você deixa de ser virgem.

[W.]: É, mas dá um prazer desgra... Dá um pouco de ansiedade, né, pela primeira vez?

Apesar do interesse, W. não trouxe mais essa questão. Seguiu falando que sentia que tinha o pensamento fraco, com alterações cerebrais. W. também vinha falando de um banheiro específico dentre os quais ele tinha que limpar, o banheiro quatorze, que ele não gostava de ir lá porque, segundo ele, uns rapazes iam lá fingindo que iam urinar, mas ficavam olhando um o pênis do outro.

Nos últimos atendimentos de W. comigo, ele falava bastante sobre ficar maquinando o pensamento, que isto o perturbava e que então ia parar. Em um de nossos encontros, em que ele já havia contado sobre diversas situações, perguntei o que mais ele queria falar, e ele disse sobre o Padre Marcelo:

[W.]: O padre Marcelo.

[>Pesquisador]: Falou o quê?

[W.]: "No campo de futebol...", sei lá, eles ficam falando de festa, essa festa nunca chega... Tô pensando que tá mentindo...

W. mantinha vivo o tema de que o Padre Marcelo devolveria sua família no seu aniversário. Mas a passagem do tempo também impacta nos delírios e seis meses já haviam se passado da data do seu aniversário e nada do padre devolver sua família, de modo que ele já estava perdendo as esperanças.

Após pouco mais de um ano conduzindo o tratamento de W. no CAPS, eu estava de saída, tinha outros projetos pessoais e tive que me desligar do serviço. Comuniquei isso a W. após conversar com um outro terapeuta, que assumiria seu caso. W., como de costume, não demonstrou muito afeto, mas lamentou, dizendo que gostava de “*passar*” comigo.

12 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como pudemos ver, o caso W. suscitou muitas questões durante seu atendimento e durante a pesquisa. Questões que remetem ao próprio propósito do encontro clínico, ao “estou lá para fazer o quê?” e “como devo agir?”, diante de situações que desafiam nosso entendimento lógico. Mais do que isso: a angústia de habitar – ou apenas de espreitar – o não sentido e suas formações bizarras, com altos graus de aleatoriedade. A vontade de fazer algo, intervir, organizar, quase se torna imperativa, gerando pontos de tensão e uma tendência à normatização.

No entanto, se foi possível o caso acontecer, foi somente porque houve espaço para W. se colocar, por haver da parte dele algum faro de abertura, alguma percepção de que ele não seria esmagado por uma atitude que não o levasse em consideração. E levar em consideração implica ser afetado pelo outro, deixar se levar por onde o paciente lhe conduz, enfrentando com ele as ameaças e intensidades próprias a seu processo.

O acompanhamento de W. e a posterior investigação sobre o tema do delírio nos conduziu a vertentes teóricas distintas. O delírio como um erro do juízo (psiquiatria), o delírio como tentativa de cura (psicanálise) e, finalmente, o delírio como desarranjo das máquinas desejanças (esquizoanálise). Além disso, pudemos ver algumas armadilhas que estão presentes no trabalho do terapeuta que atua com a clínica das psicoses. A questão inicial, “o que fazer frente ao delírio?”, como se fosse possível resolvê-lo, mostrou-se inadequada, pois o delírio não se submete, não se modifica através de uma demonstração racional. Menos eficaz ainda é uma intervenção externa, de alguém que não se aproximou, que não cultivou o vínculo e espera, de fora, poder fazer algo. Se alguma coisa pode ser feita é somente no interior da psicose e da relação, não para se conduzir a algum caminho pré-determinado, mas para estar próximo, ao lado, avizinhar-se, com disposição para caminhar como um aliado no deserto da loucura. O caminho parece ser de um acompanhamento, no sentido mesmo de um companheirismo, através do qual se “divide” o que acontece e se compartilha o que é vivido. Um cuidado que envolve suportar os momentos de maior angústia e os colapsos de sentido, frequentes no “tratamento” das psicoses.

Nesta pesquisa, apenas alguns aspectos presentes no acompanhamento de pacientes psicóticos foram abordados. Por se tratar de um campo complexo, faz-se necessário que outros trabalhos contribuam para uma melhor compreensão da clínica

da psicose. Temas como a formação de vínculo, o manejo de delírios persecutórios e o papel do absoluto na psicose são de grande relevância e podem contribuir significativamente para a área de saúde mental.

13 PÓS SCRIPTUM

Pude acompanhar a distância alguns acontecimentos importantes da vida de W., que se sucederam após a minha saída do CAPS. Terminado o atendimento comigo, em cerca de seis meses ele foi demitido; com pouco menos de dois anos seu pai faleceu – e ele o reconheceu como seu pai verdadeiro. W. continua morando sozinho e tem contato com seus irmãos e, principalmente, uma de suas irmãs. Ele eventualmente me liga, fala de futebol, sobre o seu cotidiano e suas perturbações, além de me manter informado sobre seu acompanhamento, que segue sendo realizado no CAPS.

REFERÊNCIAS

- CALLIGARIS, C. **Introdução a uma clínica diferencial das psicoses**: Contardo Calligaris. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989. 125 p.
- DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2000.
- DELEUZE, G. **Crítica e clínica**. São Paulo: Editora 34, 1997.
- DELEUZE, G. **Lógica do sentido**. São Paulo: Perspectiva, 2006.
- _____. A interpretação dos enunciados. In: **Dois regimes de loucos**. São Paulo: Editora 34, 2016a.
- _____. Esquizofrenia e sociedade. In: **Dois regimes de loucos**. São Paulo: Editora 34, 2016b.
- DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**. São Paulo, Editora 34, 1996. v. 3
- _____. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**. São Paulo: Editora 34, 1997. v. 4.
- _____. **O anti-édipo**. Lisboa: Assírio e Alvim, 2004.
- DELEUZE, G.; PARNET, C. **Diálogos**. São Paulo: Escuta, 1998.
- FREUD, S. O inconsciente. In: **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1990a. v. 14.
- _____. Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia (dementia paranoides). In: **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1990b. v. 12.
- _____. Neurose e psicose. In: **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1990c. v. 19.
- GUATTARI, F. **Caosmose: um novo paradigma estético**. São Paulo: Editora 34, 2012.
- LACAN, J. De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p. 531-590.
- MALEVAL, J. C. **Lógica del delírio**. Barcelona: Ediciones del Serbal, 1998.
- PEREIRA, M. E. C. As “loucuras raciocinantes” e a constituição do campo da paranoia na psicopatologia atual. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 332-339, 2007. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v10n2/1415-4714-rlpf-10-2-0332.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2017

POLACK, J. SIVADON, D. **A íntima utopia: trabalho analítico e processos psicóticos**. São Paulo: N-1, 2013.

QUINET, A. **Teoria e clínica da psicose**. 3 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

SÉRIEUX, P.; CAPGRAS, J. As "loucuras raciocinantes": o delírio de interpretação. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 340-345, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v10n2/1415-4714-rlpf-10-2-0340.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2017

TENÓRIO, F. Psicose e esquizofrenia: efeitos das mudanças nas classificações psiquiátricas sobre a abordagem clínica e teórica das doenças mentais. **História, Ciências, Saúde: Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, out-dez. 2016, p.941-963. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v23n4/0104-5970-hcsm-S0104-59702016005000018.pdf>>. Acesso em: 2 dez. 2017.

VIEIRA, M. A. Da realidade ao real: Jacques Lacan e a realidade psíquica. **Pulsional Revista de Psicanálise (São Paulo)**, São Paulo, v. 174, p. 56-60, 2003.

VIGANÒ, C. **Novas conferências**. Belo Horizonte: Scriptum, 2012.