



**Psicanálise e clínica da adolescência:
quais diálogos são possíveis com outros discursos?**

Aline von der Goltz Vianna

Porto Alegre, julho de 2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DEPARTAMENTO DE PSICANÁLISE E PSICOPATOLOGIA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO “INTERVENÇÃO PSICANALÍTICA NA CLÍNICA COM
CRIANÇAS E ADOLESCENTES”

Monografia apresentada como
requisito parcial para conclusão do Curso de
Especialização “Intervenção Psicanalítica na
clínica com crianças e adolescentes”

Orientador Professor Dr.: Carlos Henrique Kessler

Aline von der Goltz Vianna

Porto Alegre, julho de 2017

SUMÁRIO

Resumo_____	04
A título de introdução_____	05
Descrição do campo clínico_____	06
Campo dos discursos_____	12
A escuta preliminar na clínica da adolescência_____	22
A clínica da adolescência: um nó para o analista_____	32
Para concluir, segue-se fazendo perguntas_____	38
Referências_____	41

RESUMO

O ponto de onde parte esta escrita é o *a posteriori* de uma experiência clínica atravessada pela psicanálise que busca problematizar a atenção em saúde mental a adolescentes. O texto pretende investigar algumas diferenças de posições discursivas conforme as propostas de tratamento existentes em uma instituição, perguntando se há possibilidade de encontro entre estas clínicas. Toma-se como referência conceitual a construção proposta por Lacan no Seminário O Averso da Psicanálise (1992) a respeito da constituição do laço social em quatro formas discursivas, assim como também se parte da concepção psicanalítica da adolescência, tomando, entre outros autores, Jean Jacques Rassial. Somam-se à discussão as formas possíveis de intervenção da psicanálise no laço social, igualmente encontrando uma possibilidade de diálogo a partir do que Lacan (2003) aponta a respeito da psicanálise em extensão e em intensão.

Palavras-chave: psicanálise, adolescência, entrevistas iniciais, saúde mental, quatro discursos, psicanálise em extensão e em intensão.

A TÍTULO DE INTRODUÇÃO

A psicanálise tem sua inserção no social enquanto um discurso, estabelecido inicialmente por Freud, e que encontra um de seus fundamentos no reconhecimento do inconsciente e de um sujeito a ele referido. Lacan define a psicanálise como uma experiência que concerne à travessia de um tempo e sua finitude, travessia essa dada *a posteriori*. Articula, em seu texto Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola (Lacan, 2003), duas instâncias da psicanálise: em extensão, ou seja, toda sua possibilidade de diálogo com o mundo, e em intensão, que, resumidamente, diz respeito à travessia que um analisante faz desta posição até a possibilidade de vir a ser psicanalista. Se o tratamento é uma versão que a psicanálise tem tomado na história, o autor adverte, destacando sua dimensão de experiência que ultrapassa a clínica estrita e se alça no mundo. Lacan avança, questionando que a psicanálise proposta como terapêutica contrapõe, justamente, sua razão de ser: “Observaria eu, com efeito, que não há definição possível da terapêutica senão a de restabelecimento de um estado primário. Definição, justamente, impossível de enunciar na psicanálise.” (Lacan, 2003, p. 251). Em se tratando a psicanálise como uma experiência de travessia de um da posição de psicanalisando a psicanalista a partir da transmissão da castração (Kessler, 2009), Lacan (2003) aponta como um dos cerne para sua existência em extensão a importância das formulações freudianas sobre o Édipo, uma vez que são conceituações que dão sustentação à própria estrutura do discurso da psicanálise. Assim, a psicanálise faz função no laço social enquanto um discurso que, a partir da inscrição da castração e de seus efeitos, convoca que o outro se faça presente por sua palavra e que ela lhe sirva, da forma como dispor, para enunciar-se. Se resumidamente, e superficialmente, podemos dizer que a psicanálise pressupõe dar palavra ao sujeito, ou provocá-lo a que se aposses dela, e que reconhecemos essa função no social, ampliamos o debate, até o final desta escrita, do lugar da psicanálise na clínica com o sujeito e seu lugar em uma instituição.

Pretende-se, para tanto, esclarecer pontos de algumas das propostas de atenção à saúde mental desde suas posições discursivas, especialmente no que concerne à clínica com adolescentes, para relançar a questão de qual escuta é possível em uma instituição que tem uma direção de trabalho centrada prioritariamente no saber biomédico. Portanto, objetiva-se investigar os limites do

tratamento de adolescentes, que estão em um momento de estruturação psíquica, em uma instituição que tem um referencial teórico e técnico majoritariamente ligado ao saber médico que não privilegia o que é da ordem do subjetivo e do singular.

Toma-se o campo clínico a ser relatado posto que foi o campo de trabalho da autora e que a partir dele é lançada a questão acima descrita. No entanto, pressupõe-se também que a leitura a ser construída possa servir a outras intervenções que exijam um giro discursivo. Se não for o mesmo giro, ao menos guarda uma semelhança à mudança que se faz necessária no campo da educação por parte de professores, ou, para citar outro exemplo, de trabalhadores da saúde coletiva.

DESCRIÇÃO DO CAMPO CLÍNICO

Como afirmado anteriormente, a discussão desta escrita vai tomar como ponto de partida um campo de intervenção clínica do qual a autora fazia parte em uma equipe multidisciplinar que atende adolescentes. A discussão sobre a qual, ou a quais clínicas, refere-se o texto virá ao longo do mesmo e é parte do objeto desta análise.

A atenção em saúde mental no Brasil (Brasil, 2001, 2011), atualmente, prevê que as pessoas sejam escutadas em diferentes dispositivos da esfera de serviços públicos, prioritariamente os vinculados às Secretarias Municipais de Saúde, mas também outros, como os de assistência social, educação, serviços comunitários, nas mais diferentes modalidades e capacidades de intervenção, sendo a internação psiquiátrica o recurso utilizado somente quando outros recursos se mostrarem insuficientes, ou seja, deve ser uma excepcionalidade. Em 2011 o Ministério da Saúde (Brasil, 2011) regulamentou, através de portaria, que haja serviços especializados de atendimento ou acompanhamento para pessoas em sofrimento psíquico, vinculados às Secretarias Municipais de Saúde, compreendendo que é responsabilidade do gestor do município oferecer atendimento a seus cidadãos, e que ele deve ocorrer o mais próximo possível do local de moradia, facilitando o acesso, a continuidade, o vínculo social e familiar e considerando peculiaridades da cultura do território dos sujeitos. Portanto, serviços estaduais ou federais não são prioridades na Política de Saúde Mental brasileira. Enquanto política pública de saúde coletiva, está referenciada a vários campos teóricos, inclusive à psicanálise, mas não somente a esta, e sugere pluralidades na forma de trabalho dos

profissionais envolvidos.

A propósito da saúde coletiva, Emilia Broide (2011) esclarece que esta é uma resposta alternativa e crítica ao modelo biomédico de política pública, ainda quando este era descrito como saúde pública, e que “introduziu na ação pública a análise da determinação histórica, a multidisciplinaridade no olhar sobre a saúde e a leitura diferenciada entre natureza e cultura” (Broide, 2011, p. 200). Portanto, implica uma pluralidade e relativização do lugar do saber, que, se ainda não é radical na proposição de estar o sujeito no centro de sua ação (e sim em intenção da política de saúde coletiva), cria espaços de abertura significativos para que isso ocorra, espaço este interessante à psicanálise. Broide (2011), neste sentido, argumenta:

Incluir na análise da situação da saúde de coletivos o fato de que os indivíduos não são uma unidade, mas apresentam uma clivagem estruturante, em que há de se incluir a dimensão da alteridade, possibilita um cenário no qual o desejo dos sujeitos possa ser levado em consideração no estabelecimento das políticas públicas (p. 203).

A abertura que a saúde coletiva promove permite que cada equipe que se ocupa em atender pessoas em sofrimento psíquico construa sua intervenção a seu modo, tanto de forma mais elaborada e qualificada, quanto a partir da experiência e das possibilidades de investimento de cada profissional. Uma das consequências deste processo é que os modos como cada equipe realiza seu trabalho são os mais diversos, desde propostas de escuta e intervenção que seguem uma dada direção teórica e que envolve a construção conjunta do trabalho, até outras que são fragmentadas e que dependem apenas do que cada profissional oferece individualmente.

Ainda que a Política de Saúde Mental brasileira não seja o objeto principal de análise desta escrita, um ponto é passível de destaque. Em se tratando de uma direção dada por quem governa (e que foi construída por profissionais da área da saúde, portanto, a partir de um saber técnico e teórico), traz um posicionamento interessante de manter uma abertura àqueles que serão seus agentes para que construam seu trabalho dentro de seus referenciais. Se, de um ponto de vista mantém essa abertura e isso pode parecer prolífero, também é a mesma abertura que oferece espaço a práticas desalinhadas com a própria Política. A construção do trabalho em saúde coletiva pressupõe, por essa razão, um diálogo contínuo travado entre os profissionais considerando a

multidisciplina e a interface entre setores diferentes, como saúde, educação, segurança, assistência social, para citar alguns. Para além dos diálogos sustentados no cotidiano do trabalho, espaços institucionais são garantidos pelas Políticas Públicas, como as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde, ambos espaços que também prevêem a participação de usuários nos debates e que visam, de forma geral, alinhar as ações dos profissionais em acordo com as necessidades e demandas da população. Desafio intenso que convoca a todos a uma reflexão sobre posições e a um debate técnico-político.

Neste âmbito, uma discussão que atravessa as equipes de saúde trata sobre o modo de operar entre os saberes e as posições discursivas das formações e das intervenções dos profissionais. Assim, tem-se a multidisciplinaridade, a interdisciplinaridade e a transdisciplinaridade como diferentes maneiras, não estanques, de articular as áreas do saber. Enquanto a multidisciplinaridade resulta em uma união de conhecimentos e técnicas em paralelo, aplicadas a um determinado campo de intervenção, por exemplo, na clínica, como propostas que não se cruzam e nem mesmo têm o compromisso de diálogo entre si, a interdisciplinaridade propõe que haja este diálogo. Um exemplo da primeira é um ambulatório de especialidades, no qual o paciente consulta diferentes especialistas, inclusive sobre uma mesma questão, como saúde mental, e o trabalho destes profissionais não têm qualquer ponto de convergência intencional, exceto que o indivíduo é o mesmo. Algumas vezes nem mesmo uma reunião de equipe ocorre para que alguma troca se efetive, ou não existe um prontuário compartilhado, ou ainda este seja apenas um somatório de relatos não havendo nenhum laço entre eles. Uma intervenção interdisciplinar é mais típica em equipamentos de saúde mental como os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) que fomentam o diálogo entre os diferentes saberes. Assim, a proposição que seja construído um Projeto Terapêutico Singular junto com o sujeito atendido pressupõe que este e os profissionais que o assistem dialoguem a respeito dos limites e possibilidades de suas intervenções constituindo espaço de trocas. A transdisciplinaridade tem uma incidência, na prática, menos contínua, na medida em que se estabelece na construção diária do trabalho e que depende prevalentemente da disponibilidade dos profissionais envolvidos e de sua posição ativa na construção do trabalho. Portanto, um assistente social que não tenha formação psicanalítica pode ser permeável ao que seus colegas analistas propõe e venha unir a seu trabalho a pressuposição de escuta a um sujeito com todas suas implicações, assim como um analista, no

âmbito da saúde coletiva, pode vir a se ocupar de questões, no transcurso de sua clínica, geralmente afetas ao trabalho do assistente social.

A respeito do trabalho transdisciplinar do qual a psicanálise participe, Jaime Betts (1998) escreve: “Trata-se de uma abordagem em que, tanto a área instrumental e médica possam tomar o corpo de um sujeito, assim como a psicanálise possa tomar o sujeito falante, sem negarem o real do corpo, mas tomando o corpo como receptáculo do olhar do Outro” (Betts, 1998, p. 69), e indica que “o trabalho da transdisciplinaridade implica justamente ir além do saber de cada área profissional, interpelando o sujeito” (Betts, 1998, p. 70). O autor ressalta o lugar que o saber tem para a psicanálise, ou seja, de verdade semi-dita que diz respeito ao inconsciente do sujeito e que, portanto, se estiver colocada do lado do profissional ou seja, com este sendo detentor do saber, o que se exclui é o sujeito (Betts, 1998). Portanto, conforme este autor, o que se espera da psicanálise no trabalho transdisciplinar é que o sujeito possa ter voz e ser escutado, inclusive, por profissionais de outras áreas de formação e que o analista não se desocupe de outras questões da realidade que podem ser fundamentais no momento para o sujeito escutado.

A instituição que se tomará a título de reflexão é o Hospital Psiquiátrico São Pedro, um hospital público estadual que atende pelo Sistema Único de Saúde (SUS) a população do estado do Rio Grande do Sul. O hospital mantém três modalidades de atenção em saúde mental: moradia para pessoas que foram pacientes de longa internação e que estão institucionalizados, com difíceis possibilidades de retorno à sociedade; internações psiquiátricas a crianças, adolescentes e adultos e atendimento ambulatorial a crianças, adolescentes e adultos. O hospital também é campo de estágios de graduandos de diversos cursos (psicologia, medicina, enfermagem, serviço social, educação física, entre outros) e residentes de psiquiatria e, por alguns períodos, de residentes multiprofissionais. Com longa trajetória psiquiátrica ligada ao saber médico, foi cenário de permanências prolongadas de pessoas na instituição na condição de pacientes moradores, os quais o hospital justificava cuidar da saúde e de aspectos sociais (tanto por justificativas morais, como que seriam pessoas que não teriam condições de estar em convívio social, quanto pelo argumento de que não teriam quem as cuidasse). A Reforma Psiquiátrica se interpôs afirmando que não existe argumento para que pessoas vivam em um hospital psiquiátrico e que o cuidado deve ser provido de outra forma, dando origem à Política de Saúde Mental. A prática de asilar os pacientes deixou de

ser corriqueira na instituição ao longo dos anos, ainda que sobreviva enquanto pressuposto de muitos profissionais que lá trabalham, ou seja, não raro pressupõem que o melhor local para o paciente estar é o hospital psiquiátrico e que só este tem um atendimento de excelência. Os então moradores foram sendo desligados do hospital para residirem em diferentes locais, muitos sob o resguardo público ainda, porém fora do ambiente hospitalar. Outros permanecem vivendo nas unidades hospitalares.

Ainda sob a justificativa de promover o cuidado à saúde, o hospital mantém internações em uma instituição que é exclusivamente psiquiátrica, ou seja, enquanto local de tratamento intensivo, destina-se apenas a pacientes de saúde mental, contrariando os pressupostos da Política de Saúde Mental Brasileira que define que as internações devam ocorrer em leitos de hospitais gerais ou ainda em CAPS III, e não em instituições exclusivamente de internação psiquiátrica. As internações pretendem-se pontuais, mas ocorrem pelo período aproximado de 20 dias a um mês. A prática mostra que podem exceder com frequência e que as reinternações, em um mesmo ano, são frequentes. Os tratamentos são centrados na permanência na instituição em regime fechado cuja terapêutica principal é a medicamentosa. Outras terapêuticas são acrescentadas, conforme as possibilidades de cada equipe, entre elas atendimentos individuais, em grupo, oficinas terapêuticas, promovidos por profissionais, estagiários e profissionais residentes de diferentes áreas. O corpo clínico do hospital é amplo em sua constituição, composto por médicos (clínicos, psiquiatras, neurologistas, pediatras), enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, educadores físicos, pedagogos, fonoaudiólogos, entre outros. Há ainda profissionais de nível superior de outras áreas que não se dedicam diretamente à atenção aos pacientes mas a atividades educacionais e/ou administrativas, como das áreas jurídica, administrativa e história, bem como profissionais de nível médio e fundamental das áreas administrativas e de manutenção. Cabe ressaltar que o que nomeio aqui como corpo clínico não é assim nomeado no hospital. Lá, clínicos são apenas os médicos, como soa ser a nomenclatura em um hospital.

Sua estrutura está organizada em unidades de atendimento, divididas conforme sendo moradias, internação e ambulatorios. As internações para adultos são separadas conforme patologia: “agudos” ou “dependência química” e estas conforme sexo e as crianças e adolescentes ocupam um

mesmo prédio, mas com equipes divididas e espaço físico divididos entre crianças e adolescentes, cada uma atendendo, em conjunto, ambos os sexos. Os ambulatórios são ao menos dois, o que atende crianças e adolescentes, sendo quase a totalidade de sua equipe a mesma que atende as crianças em internação, e outro que atende adultos. O ambulatório de adultos também possui subdivisões, conforme a população que atende categorizada por patologias e terapêuticas indicadas pelas equipes. O hospital possui ainda um serviço de atendimento tanto a moradores, internos, pacientes dos ambulatórios e comunidade do bairro, a Oficina de Criatividade, que reúne atividades artísticas nas modalidades de oficinas terapêuticas, com prevalência das Artes Plásticas e também uma Oficina de Reciclagem, campo de trabalho e de geração de renda para pacientes e egressos do hospital. O trabalho da autora deu-se junto à equipe que atende a internação de adolescentes durante um período de cinco anos.

A complexidade da estrutura hospitalar não finda nesta descrição, evidentemente, seguiremos. Todo o corpo de profissionais que atende crianças e adolescentes possui ao menos três posições diferentes na condução do trabalho: psiquiátrico, da enfermagem e dos demais profissionais. Alguns profissionais que atendem crianças em internação também atendem crianças e adolescentes no ambulatório da equipe, em outro andar do prédio. Os profissionais que atendem adolescentes em internação não trabalham no ambulatório. O esforço de fazer esta descrição se justifica pelo fato de ela própria antever uma fragmentação no trabalho e na forma de intervenção proposta. Em relação ao referencial teórico dos profissionais, alguns são atravessados pela psicanálise, mas esta não é a posição compartilhada pela maioria. Não nos é possível afirmar qual seja, senão que tanto a fragmentação quanto o saber psiquiátrico e a ideologia hospitalocêntrica se fazem muito presentes e que esforços são movidos por vários profissionais para promover aberturas. Se a descrição do campo realizada até o momento pretende contextualizar o local que será referência desta reflexão, no decorrer do texto serão retomadas algumas nuances da forma como o trabalho é desenvolvido para que a análise a propósito das posições discursivas nas intervenções em saúde ocorra.

CAMPO DOS DISCURSOS

A descrição da instituição tomada em análise nesta escrita faz referência a uma pluralidade de posições teóricas e de posições discursivas não somente porque o local referido é composto por estas diferenças, mas também porque, e principalmente, é próprio do laço social que lugares de enunciação se alternem.

Jacques Lacan (1992), no Seminário o Averso da Psicanálise, propôs uma outra leitura do laço social, já não centrada nas posições individuais de estruturação psíquica, do campo das neuroses, psicoses e perversões, mas sim de posições de enunciação no social. Apontou que o discurso é uma estrutura dada através da linguagem que prescinde de palavras e que subsiste às relações na forma de enunciados primordiais. São duas proposições, a anterior e a atual, que não se excluem ou conflituam, mas a segunda permite à psicanálise ir muito além do que concerne a clínica propriamente dita, ou em intensão, na medida em que trata de formas de compreender as relações entre o que está em jogo enquanto lugar de verdade em um dado discurso e o que ou quem e como opera sobre esta verdade.

Se o objeto de análise desta escrita é a assistência em saúde mental a adolescentes, atravessada pelo recorte no hospital, toma-se, aqui, a formalização lacaniana a respeito da estrutura discursiva para ler as diferenças de propostas de intervenção clínica e seus efeitos. Parte-se do entendimento que a assistência em saúde mental não é única e que depende do lugar desde onde os profissionais e as instituições concebem o sujeito, do que subjaz seus pressupostos teóricos e técnicos, a serviço de qual agente operam e com qual objetivo. Se o referencial teórico tem importância quase exclusiva sobre a forma como o discurso operará, no caso da assistência em saúde mental, cabe relativizar que fazer referência a um saber está longe de garantir uma posição. Assim, proferir um enunciado, que seja o da psicanálise, não garante que ela esteja presente como função de discurso, ou que daí uma enunciação seja constituída desde a psicanálise. Por exemplo, tecer interpretações e elaborações a respeito de um sujeito à luz da teoria psicanalítica e determinar, a partir desta elaboração técnico-teórica, uma terapêutica, está bastante longe do discurso psicanalítico.

Toma-se aqui a distinção entre enunciado e enunciação justamente da proposição lacaniana

de diferenciação entre duas posições do sujeito na linguagem, uma que diz respeito ao sujeito do consciente, o eu, que é o sujeito do enunciado, e outra que diz respeito ao que se produz enquanto significante e que se refere ao sujeito do desejo, ao qual a psicanálise se endereça. Portanto, quando se toma a proposta de análise considerando a proposição dos quatro discursos exposta no Seminário O Averso da Psicanálise, é a partir do entendimento que há um enunciado e uma enunciação e que a percepção de um discurso se dá sobre a segunda, sobre a enunciação, porque ela aponta para o que está em lugar da verdade e o enunciado para o que é o agente do discurso. Um exemplo típico da diferença entre enunciado e enunciação é a frase que praticamente caricaturiza isso. O conteúdo denegatório quando se diz “não quero falar mal, mas...” contém essas duas dimensões. A do enunciado expressa que há um sujeito que se desculpa pelo que vai dizer e que defende que não tem uma intencionalidade de falar mal de alguém. A dimensão da enunciação claramente contradiz o enunciado e facilmente o ouvinte compreende que justamente aquilo que é negado é o que está em jogo na enunciação, ou seja, o ouvinte entende que o desejo do falante tem relação com uma intenção de falar mal. A pergunta sobre a atenção em saúde mental que se formula nesta escrita é atravessada pela diferenciação entre estas duas instâncias do discurso. O que é enunciado enquanto prática de cuidado com/para o outro, apesar do enunciado que tenha, refere-se a qual enunciação em relação ao lugar que o sujeito tem nessa prática? Acrescentam-se outras perguntas: Quais consequências este lugar tem para o tratamento que se pretende oferecer e para os profissionais nele implicados?

As posições discursivas não são rígidas nem absolutas e, se isso é fato, já proposto por Lacan, é porque a linguagem causa, como efeito, estas posições e que ela própria também é a via de mudança sobre a qual a psicanálise opera. Embora não sejam rígidas, as posições discursivas, assim como as construções da psicanálise sobre a estruturação do sujeito e sobre os efeitos desta na transferência, são todos da ordem estrutural, ou seja, de que há uma articulação mais ou menos permanente, que descende da linguagem, e que diz respeito à forma como os significantes se articulam. Tanto a maleabilidade quanto um traço de permanência são características das formas estruturais descritas pela psicanálise. Portanto, uma posição discursiva também não se dará de forma absoluta, mas com traços marcantes, contínuos e prevalentes. Lacan afirma que “mediante o instrumento da linguagem instaura-se um certo número de relações estáveis, no interior das quais

certamente pode inscrever-se algo bem mais amplo, que vai bem mais longe do que as enunciações efetivas” (Lacan, 1992, p. 11). O autor indica que há uma forma denominada fundamental derivada da linguagem que define posições, forma esta que tem o caráter de estrutura. Assim, a estrutura mínima é representada pela relação que se estabelece entre dois significantes e que o que resulta da representação de um a outro é um sujeito.

Lacan, ao apresentar os quatro discursos, avisa que já vinha se ocupando do tema do laço advindo da linguagem. Propõe que a linguagem permite que o laço social se dê a partir de quatro posições discursivas a respeito da relação do sujeito com o saber e nomeia estas posições como discurso do mestre, discurso da histérica, discurso universitário e discurso do analista. Cita que sua elaboração parte da sinalização freudiana sobre os atos impossíveis: governar, educar e analisar, apontados em *Análise Terminável e Interminável*, de Freud (Kessler, 2009), e acrescenta o impossível de fazer desejar, associando ao discurso da histérica (Lacan, 1992).

O impossível reside em que a verdade, componente de todo discurso e que o justifica como motriz, é insuficiente para dar conta do real. Kessler (2009), a partir da leitura de Lacan (1992), escreve que “a verdade se interporia *entre nós e o real*, sendo assim considerada *irmã da impotência*. A verdade seria então encobridora, enquanto uma versão, um recorte do real nu e cru. Este, de qualquer modo, poderia apenas sofrer um cercamento” (Kessler, 2009, p. 59). Assim, para a psicanálise, o que está no lugar de verdade e da qual se ocupa tem relação direta com o inconsciente, com o que define um sujeito, com um saber que nunca chega a sua totalidade e que é constituído pelos enlaces de uma trama de significantes, também advindos do campo do Outro.

Lacan (1992) explica os quatro discursos a partir de lugares/funções de operação na linguagem. Há um lugar de verdade, ao qual o acesso é limitado e que, por sua característica de enigma, incita que um agente (ou o mandamento do discurso) interfira no campo do Outro, que faça algo trabalhar e daí se obtenha um resultado, um produto, uma perda, em direção a esta verdade, impossível de ser capturada em sua totalidade. Estas são as quatro posições que cada um dos quatro elementos elencados por Lacan podem ocupar e que o autor escreveu na seguinte fórmula:

<u>agente</u>	→	<u>Outro/trabalho</u>
verdade		produção/perda

Será circulando entre estes diferentes lugares/funções que os elementos da linguagem destacados por Lacan vão conformar os quatro discursos, conforme cada um ocupe o lugar de verdade. Ou seja, o S_1 , o significante mestre, o S_2 , a malha significante ou o saber, o objeto a , causa do desejo e o sujeito barrado podem se alternar em quatro discursos conforme as posições que ocupem de agente, de trabalho, de produto e de verdade. O que se produz, no entanto, não tem ligação direta com a verdade, ou, de outra forma, não a encontra, ela permanece como enigma. A ocupação dos lugares gira, mas a comunicação entre eles, ou o efeito que uma pode provocar na outra, não são constantes.

Os discursos explicam diferentes arranjos do laço social nos quais o sujeito, que é quem nos interessa aqui, ocupa diferentes lugares. De enigma ou verdade, de agente, daquele que trabalha ou de produto. Ao passo que há relação entre agente e trabalho, entre trabalho e produto, entre a verdade e o agente, entre o produto e a verdade há um impossível. Ou seja, se a verdade promove que um agente faça algo trabalhar e que disto resulte um produto, este produto não tem acesso a esta verdade.

O discurso do mestre traduz em escrita o nascimento do sujeito e inscreve a ênfase deste no laço social, ou seja, o sujeito nasce como efeito de um discurso, como efeito estrutural da linguagem. A partir da representação que um significante (S_1) faz a outros (S_2), no campo do Outro/linguagem, algo do real não tem possibilidade de ser simbolizado e resta como produto que designa o desejo, ou seja, o irrepresentável, nomeado por Lacan como objeto a . Kessler (2008), a partir da leitura do Seminário 10 de Lacan, articula que o objeto a é “isso que resiste à assimilação significante é considerado como o fundamento do sujeito desejante, parte para sempre irrecuperável de qualquer um” (Kessler, 2008, p. 25).

No discurso do mestre, o impossível está marcado pelo hiato entre um sujeito enquanto verdade e o objeto a , justamente porque este diz respeito ao que resta do real e que, ao mesmo tempo, produz o sujeito. Uma formação aí se apresenta: entre o sujeito barrado, fundado na linguagem como efeito de discurso e também efeito do que resta do real como irrepresentável (objeto a) e o próprio objeto a , aquilo que resiste à significação mas que funda uma diferença, a do desejo. Este hiato vai ser preenchido pela formação de uma estrutura lógica que Lacan (2008) já havia descrito como o fantasma, ou seja, a maneira pela qual o sujeito vai arranjar-se em relação ao

que resta do campo do Outro, o objeto *a* causa do desejo. O fantasma, portanto, será o resultado da tentativa de dar conta do impossível do laço entre o sujeito e o que resta do real.

Fórmula do fantasma:

$$\$ \diamond a$$

A partir da fórmula que descreve a relação entre o sujeito barrado, efeito da operação de castração, com o objeto *a*, Lacan (2008) define que aí se estabelece uma lógica significante entre os dois elementos e que esta lógica expressa-se pelo nome de fantasma/fantasia. O autor ressalta, em seu texto, que se trata antes de uma relação ordenada enquanto estrutura dada por significantes do que uma relação imaginária e que pressupõe que haja um sujeito engendrado por significantes. Conforme Roudinesco, Lacan desenvolve o conceito de fantasia como uma formação que responde a uma defesa do sujeito perante a castração, ou seja, uma articulação primordialmente simbólica que vai responder, enquanto forma de estrutura, à questão da divisão do sujeito perante o objeto causa do desejo, objeto *a* (Roudinesco, 1998). Formulação esta anterior, cronologicamente, no ensino de Lacan, à proposição dos quatro discursos, mas afinada em uma continuidade lógica. Se em um dos discursos descrito pelo autor, o discurso do mestre, há a escrita da formação do sujeito, nela também está subentendido o lugar da formação do fantasma. Roudinesco esclarece que, para Lacan, a análise tem incidência justamente na travessia do fantasma, ou seja, “materializada num remanejamento das defesas e numa modificação de sua relação com o gozo” (Roudinesco, 1998, p. 225). Pode-se articular que a constituição do fantasma é uma formação estrutural, concernente a um sujeito, que é efeito do discurso do mestre no laço social. Portanto, os discursos descritos por Lacan têm lugar no que concerne ao sujeito, mas, como já dito anteriormente, ultrapassam o que se poderia chamar da ordem do indivíduo para lançar a psicanálise além de suas possibilidades clínicas.

Discurso do mestre:

$$\begin{array}{ccc} \underline{S_1} & \rightarrow & \underline{S_2} \\ \$ & & a \end{array}$$

Se o impossível no discurso do mestre tem sua resposta, para o sujeito, com a constituição do fantasma, no discurso da histórica a relação entre a verdade e a produção tem outro estatuto. No discurso da histórica, o que se produz é da ordem do saber (S2), que faz hiato com o objeto causa do desejo. Daí o impossível do discurso de fazer desejar, ou seja, se produz um saber que não dá conta de responder ao objeto causa do desejo. Trata-se de uma posição que pressupõe o sujeito (\$) como agente que interpela um dado significativo (S1) (no Outro) produzindo uma repetição de um saber (S2) cuja pergunta inicial era sobre o desejo (*a*). Essa produção de saber, além de se repetir e produzir um gozo, não acessa, pelo impossível das posições do discurso, a verdade sobre o desejo. Daí ser um discurso que tem uma característica de impotência, ou seja, da relação entre verdade (sobre o desejo) e o que se produz dela (um saber) não resta outra coisa que a repetição do gozo do Outro. Para a psicanálise, o giro das posições discursivas até que o sujeito esteja na posição de agente implica que o objeto *a* esteja em causa, em valor de verdade, histericizando o discurso, e fazendo uma interpelação ao Outro. Esse giro possibilita, a partir da histericização e do estabelecimento da transferência, que algo em relação aos significantes primordiais seja produzido, como se verá adiante a propósito do discurso da psicanálise.

Discurso da histórica:

$$\begin{array}{ccc} \underline{\$} & \rightarrow & \underline{S1} \\ & & \\ a & & S2 \end{array}$$

Diferentemente do discurso da histórica, no qual o sujeito ocupa a posição de agente e onde o saber é o que se produz e o desejo permanece como enigma, tendo como efeito um impossível que não cessa (e desde onde uma pergunta pode vir a ser formulada), outros discursos, nos quais o saber tem prevalência posto que é o ordenador, geram outros efeitos.

Lacan identifica que a centralidade do saber no discurso está presente, por exemplo, na política, na qual há uma ideia de totalidade e aponta que mesmo na doutrina marxista, que instaura o conceito de luta de classes, a concepção do saber como o que faz esfera, ou seja, que confere uma ideia de totalidade e, portanto, de fechamento, e não de abertura, está presente. Aponta que a psicanálise tenciona justamente o contrário, desfazer essa ideia de completude e satisfação. Escreve:

“A colusão dessa imagem com a ideia de satisfação, eis contra o quê temos que lutar cada vez que encontramos alguma coisa que faz nó no trabalho de que se trata, o do descobrimento pelas vias do inconsciente. É o obstáculo, o limite, ou melhor, é a névoa na qual perdemos a direção e onde nos vemos obstruídos” (Lacan, 1992, p. 31).

A Reforma Psiquiátrica introduziu, forçosamente, uma ruptura no saber psiquiátrico vigente até então, apontando de forma imperativa que um deslocamento era urgente que se fizesse, do saber absoluto sobre o indivíduo para o sujeito absoluto. Se ao passo que uma abertura aí se coloca no saber psiquiátrico, a forma histórica como precisou acontecer, com suas características de ruptura e de imperativo, ainda assim carregam consigo um traço de totalidade no qual o sujeito, embora muito mais presente no discurso, ainda não é quem gera um saber, mas segue, em grande medida, sendo gerado.

O discurso universitário parte de que há um saber estabelecido (S₂) que faz trabalhar o desejo (*a*) a propósito de uma verdade (S₁). Lacan discute que o conceito de verdade não tem alcance objetivo, que sempre será uma meia verdade a ser sabida. Portanto, o que o discurso universitário produz é uma continuidade de produções movidas por um saber já estabelecido que vão ao encontro de algo que possa vir a responder enquanto final, o que nunca aconteceria. Se no discurso do mestre há um saber que ordena os demais, no universitário há uma pluralidade e, dessa pluralidade que insiste sobre o que falta, uma condição subjetiva resta como produto, mas não como efeito do laço entre os significantes, e sim como efeito do impossível do saber único. Trata-se de um sujeito efeito de um saber, se podemos dizer assim, inacabado, que se sabe inacabado. Mas ainda assim em uma condição de efeito, nem de agente, nem daquele que trabalha.

Se pensarmos na Política de Saúde Mental, há uma série de pressupostos sobre qual o lugar do sujeito, ou das pessoas atendidas nela, e não raras as vezes as práticas dos profissionais descendem neste rumo de saber sobre o outro. Por exemplo, há várias iniciativas de reinserção dos pacientes psiquiátricos, assim nomeados, ou loucos, ou usuários, ou quais forem os nomes que não são os seus, em atividades que remetem à saúde mental, reforma psiquiátrica, orgulho louco ou seja qual for o nome. O saber sobre o “louco” é anterior a perguntar a ele em que lugar poderia ou desejaria estar (talvez nenhum destes), ainda que faça uma abertura maior em relação ao saber médico e que busque levar em consideração o protagonismo da pessoa atendida.

Discurso universitário:

S₂ → a

S₁ \$

Tratam-se de duas posições discursivas diferentes que propõe intervenções junto a pessoas em sofrimento psíquico. Uma delas produzindo um sujeito identificado com o próprio saber que o define, ou seja, que ele deve ter espaços múltiplos de acolhimento, escuta, intervenção e reinserção social e que são, prioritariamente, os dispositivos de atendimento em saúde mental que o promovem. Embora o campo teórico da Saúde Mental se proponha a outras aberturas, possivelmente muito pelo empenho dos profissionais, resulta que em várias propostas são as equipes que definem o que se chama de Projeto Terapêutico Singular da pessoa atendida. A partir da escuta promovida por profissionais de diferentes áreas, é construída uma agenda de atendimentos e atividades e esta é proposta ao paciente, de acordo com o que a equipe supõe que ele demande e necessite. A singularidade da proposta reside no fato de que é levado em consideração o que cada sujeito demanda ou aparenta necessitar e que, a partir de uma carta de opções que os serviços dispõe, é ofertada uma terapêutica. Ela pode incluir atendimentos no CAPS, acompanhamento no serviço de assistência social (CRAS), como, por exemplo, para obtenção de benefícios, como suporte financeiro, articulação com instituições de educação para continuidade dos estudos, com o Conselho Tutelar para acompanhamento da garantia de direitos, contato com centros comunitários para inserção em atividades extraclasse, como atividades esportivas. É articulada uma rede de serviços, de profissionais e de suporte na comunidade para que este sujeito nela transite, com maior ou menor grau de vinculação. Se para muitos esta proposta tem um efeito esperado, de laço com o social, não é para todos que resulta assim. Enquanto proposta metodológica de intervenção que guarda o caráter interessante da singularidade, talvez encontre o limite de não conferir, de fato, um lugar dentro dela para que o sujeito é quem se implique neste processo e não seja somente o depositário dele, ou ao menos em grande parte. Adolescentes que transitam em situação de rua desafiam este modelo proposto que insiste em ofertar a eles uma agenda com locais e horários que seriam indicados a frequentarem para saírem da rua. A pergunta não seria o que habita neles que a rua, ou o trânsito, é seu lugar, ao invés de prescrever um ideal?

Uma outra posição discursiva em saúde mental é a que desconsidera que ali haja uma singularidade, mas sim que define que há elementos factíveis e que há uma prescrição definitiva a todos, independentemente de quem sejam. Adolescentes em situação de rua, nesta perspectiva, precisam de tratamento medicamentoso, posto que se supõe que usam drogas e que têm transtorno de conduta, ambas situações também tratadas com internação psiquiátrica e com internamento em instituições de acolhimento. Uma conduta profissional mais rígida e corretiva também é indicada nesta proposta. Se na primeira proposta há uma pergunta ao sujeito sobre o que ele quer e uma suposição do que ele precisa, nesta, não há pergunta.

Jorge (1983) argumenta que o discurso médico está fundado na exclusão de toda subjetividade, tanto do paciente, quanto do profissional, e que o saber tem a primazia em sua clínica, exemplificando com o fato de que nos prontuários as observações anotadas pelos profissionais terem o mesmo estilo, independentemente de quem as tenha escrito. Nos prontuários dos adolescentes que eu escutava, muitos dos registros dos médicos residentes em psiquiatria, embora não todos, eram idênticos, tanto no que diz respeito à forma de escrita, por exemplo, “paciente nega alucinações, nega uso de drogas, tristeza, choro”, juntamente com a terminologia do Exame do Estado Mental, quanto ao conteúdo, ou seja, sem ler outros registros, dificilmente era possível identificar de quem se tratava. Os registros da enfermagem agregavam algumas impressões dos profissionais, geralmente referentes à conduta do paciente com termos adjetivos como infantil, sexualizado, desafiador, e relatos de comportamentos. Em geral a verbalização dos pacientes não era registrada, salva exceção de alguns profissionais de ambas as áreas ou em situações de conflitos entre os pacientes que resultaram em brigas ou que poderiam colocar em questão a conduta do profissional em determinada ocasião.

A respeito de uma dessubjetivação do encontro entre médico e paciente, ou de um não encontro, Jorge define a “função silenciadora do discurso médico, que ao se valer apenas dos elementos de seu próprio discurso abole tudo o que nele não possa se inscrever” (Jorge, 1983, p. 08). Este silenciamento é efeito da condição de anonimato que o discurso outorga, ou seja, se há um enunciado, este se refere a uma doença descrita, objeto da medicina, não há lugar para uma enunciação, que pressupõe uma autoria. Se o que designa um sujeito é um significante referido a outros, o que o discurso médico promove, segundo Jorge, é o silenciamento deste significante,

transformando-no em signo. No lugar de se perguntar sobre o que da droga, por exemplo, se enlaça na vida do sujeito e como o representa, estabelece-se que o que o indivíduo é unicamente resulta do efeito químico das substâncias e de seu entorno social de uso. Não importa, neste caso, que o adolescente fale, ao ser perguntado sobre si, que é “vida loka” (sic) porque já “não tenho mais nada a perder” e que usar drogas é só mais um fato de sua vida. Importa desintoxicar seu corpo e todo o tratamento psiquiátrico proposto é neste sentido.

A ausência de enunciações é evidente nos registros dos prontuários, tanto das enunciações dos profissionais quanto dos pacientes. Nas reuniões para discussão de caso, talvez pelo intermédio da palavra circulante com outros profissionais, alguns enunciados tinham lugar e se podia transpor alguns limites entre o saber estabelecido e a construção de alguma pergunta. Desafio permanente, uma vez que estes limites encontrados frequentemente eram silenciados com outros saberes, ou seja, não raro algum profissional propunha uma hipótese diagnóstica, psiquiátrica ou moral, para explicar estes limites. Por exemplo, se um adolescente não tinha avançado nos estudos, era, para alguns, certamente porque “a droga” já havia o prejudicado a tal ponto que cognitivamente não tinha mais capacidade de compreensão. Ainda que este prejuízo possa acontecer, a certeza de um diagnóstico se fazia categórica. Este adolescente, com o tempo, manifestou grande vontade de aprender a ler e se empenhou, iniciando pela escrita de seu nome, dos nomes de seus familiares e dos terapeutas que o atendiam. Talvez nem todas as certezas diagnósticas fossem absolutas. Se a medicina propõe um saber definido, sem sujeito, na psicanálise há um sujeito suposto saber que convida a um outro sujeito que trabalhe. São posições divergentes e Clavreul (1983) faz um alerta a propósito da interlocução entre ambas. Aponta que ao passo que pode ser prolífero o trabalho em conjunto para quem é atendido e que a medicina tem se aproximado da psicanálise, o autor propõe a questão de qual posição resultará preponderante e se a psicanálise não corre o risco, nesta relação, de estar apenas a serviço do saber médico e não sendo exercida em seu rigor.

Questão provocativa a todos que trabalham tomando a psicanálise como sustentação de sua prática e que precisam elaborar as possibilidades de articular esse fazer às instituições às quais estão ligados. Interpelação ética no que concerne ao exercício da psicanálise para além de sua forma em intensão e que lhe possibilitou contribuições importantes no laço social, mas que desafia os profissionais a avaliarem os limites que os discursos impõe ao exercício de sua atividade e como

lidar com estes limites. Segue-se, nesta escrita, a reflexão sobre o que foi possível engendrar na clínica da adolescência atravessada pela psicanálise em uma internação psiquiátrica.

A ESCUTA PRELIMINAR NA CLÍNICA DA ADOLESCÊNCIA

Retomo aqui a escuta que fiz a um adolescente que esteve internado no hospital. Soubemos dele antes que chegasse, pois a equipe responsável por ele no seu município nos contatou relatando o que se passava e questionando se haveria vaga para ele. Estava desaparecido há dias, tinham-no visto na rua, em outra cidade, com um pedaço grande de madeira na mão. Há algum relato vago de envolvimento com a polícia. Dias depois ele chegou ao hospital, foi encaminhado à sala de observação, que é um aposento com um leito que fica ao lado do posto de enfermagem, separado por uma grade, para que o paciente possa ser visto. Foi medicado e recebeu cuidados básicos como banho e alimentação. Estava desacompanhado de familiar quando da ocasião da baixa. Sobre ele o que foi dito é que estava “desorganizado” e que era perigoso, agressivo, e, por este motivo, era preciso ter muito cuidado. Era um rapaz alto, com seus 16 ou 17 anos, negro. Alternava momentos de agitação, falava muito, com outros de silêncio. Passava noites sem dormir. Combinei com a equipe que eu o acompanharia durante a internação, o que, para mim, pressupunha, claro, escutá-lo. Outras pessoas se propuseram a acompanhá-lo, mas fazendo outras funções, como o contato com os profissionais do município ou com assistência médica e de enfermagem. Havia uma dupla hipótese diagnóstica da equipe quando soube da possível vinda dele ao hospital: se era esquizofrênico ou se usava drogas, ou ainda os dois. Não havia dúvidas, por parte de muitos profissionais, de que era perigoso e esse risco, em alguns momentos, era associado a uma provável conduta antissocial, sem faltar o tão presente diagnóstico falado por alguns de “retardo”, ou, falado por outros, de um prejuízo cognitivo e de “juízo crítico”. De forma geral, a equipe entendia que se tratava de uma situação grave e que, dada a quantidade de hipóteses, se pressupunha que uma pergunta sobre o diagnóstico poderia ser feita, assim como sobre as possibilidades de intervenção. Vou escolher chamá-lo de Tiago nesta escrita.

Início com esta descrição porque me parece importante destacar a incongruência que um adolescente chegue para atendimento e sobre ele haja uma série de pressuposições diagnósticas sem

que tenha sido escutado e que todas são atravessadas por uma interpretação moral de seu comportamento, afastando a equipe dele sob o argumento de ser perigoso e agressivo, e que esse comportamento suposto dele pudesse inclusive ter intencionalidade. Com este panorama, parece que pouco se poderia fazer, exceto medicá-lo e mantê-lo contido fisicamente ao leito. De outro modo, a pluralidade de hipóteses surgidas na equipe (hipóteses com estatuto de saber), possibilitou que um giro pudesse ser feito construindo uma pergunta, uma interpelação ao sujeito. Se a psicanálise pode intervir em extensão, é a partir de promover estes giros discursivos, buscando as brechas onde a circularidade do saber faz hiato, e relançando uma indagação a propósito do sujeito.

Tiago sofria e tinha algo a dizer sobre isso, foi assim que o vi. Há uma diferença grande em dizer que Tiago é esquizofrênico ou usuário de drogas, em uma posição no enunciado de quem fala que ele é mais um paciente no qual se apresenta uma patologia, do que nomeá-lo como agente de um verbo. Destaca-se tanto a diferença entre o “mais um”, pela condição de ser mais um paciente objeto de um saber do Outro, ao qual um diagnóstico e uma prescrição recaem sem que a singularidade possa ser privilegiada, e a consideração dele como um portador de palavras. Quis escutá-lo porque supus que teria algo a dizer, ainda que eu não tivesse muitos meios de perguntar ou de entender. A intervenção que podia construir no hospital tinha suas limitações, tanto pelo tempo, uma vez que se propunha datada ao período de internação do paciente, quanto na forma e direção, pois deveria ser construída com a equipe, composta por profissionais cujas formas de trabalho diferem bastante entre si. Uma construção da psicanálise que permitiu desenvolver uma escuta nestas condições foi a das entrevistas preliminares, um dispositivo exclusivo da psicanálise que propõe, desde o discurso do analista, inaugurar uma escuta. Ainda que não iniciasse ou derivasse necessariamente em uma análise, considero que as funções das entrevistas preliminares são fundamentais para o estabelecimento de uma abertura à palavra do sujeito, tanto para a psicanálise em intensão, quanto em extensão quando se trate da clínica: as funções sintomal, diagnóstica e transferencial (Quinet, 2009).

Tiago tinha sintomas, estava claro, mas não seria sobre eles que se daria minha escuta e sim sobre o que ele considerasse sintoma e que pudesse endereçar a mim/nós. Há aqui vários elementos. A eleição do sujeito de algo que o aflige a ponto de querer modificar, o endereçamento disto como uma questão, mesmo que pouco elaborada, a quem escuta, a suposição de que quem escuta possa

fazer algo, mesmo que seja entendê-lo. Ao passo que ele constrói uma demanda, a transferência se estabelece. A partir de então podemos lançar hipóteses sobre desde onde ele fala, ou seja, qual sua posição no discurso, de que forma seu discurso está estruturado, que vem a ser a função diagnóstica. É o preâmbulo de um trabalho onde uma questão, sobre a qual sofre ou se angustia, é posta em evidência pelo sujeito e endereçada a um outro. Não se trata de considerar o que venha a verbalizar como questões da realidade e sobre elas propor mudanças, mas escutar onde se situa, para o sujeito, sua relação com a falta. Se a primeira seria uma proposta psicoterápica, ou ainda pedagógica e adaptativa, que pressupõe o saber como motor do processo (discurso universitário), a segunda tem a escuta do sujeito do inconsciente (considerando o discurso histórico, a histerização do sujeito, como o pressuposto para a psicanálise em extensão) como linha de condução do trabalho.

Freud (1913/2010), em seu texto *O início do tratamento*, já fazia indicações sobre a importância deste período no decurso de uma análise e também traçava elementos aos quais o analista precisa estar atento. Justifica que o início do tratamento tem importância crucial para que seu seguimento ocorra sem interrupções e que disso depende que alguns processos possam ocorrer. De acordo com o já estabelecido por Freud, uma análise não acontece sem que seja estabelecida a transferência e é nesse período de tratamento de ensaio, como ele define, que a transferência vai se estabelecer. O tratamento de ensaio não é a análise propriamente dita, posto que estão se delineando vários elementos, mas, a um só tempo, já faz parte da análise, uma vez que pode inaugurá-la. Será a partir do estabelecimento da transferência que o analista fará a construção de hipóteses diagnósticas e sobre estas a direção do tratamento se dará. Freud alerta que embora sejam importantes, mesmo fundamentais, que as diretrizes diagnósticas sejam delineadas, não devem ser tomadas como totalmente estabelecidas, uma vez que no decorrer do tratamento novos achados podem alterar a escuta do analista.

O tratamento de ensaio proposto por Freud guarda o convite do analista ao sujeito escutado que fale conforme as ideias ocorram-lhe, seguindo a regra da associação livre e nisso não difere da análise propriamente dita. Freud escreve que “ (...) é indiferente o assunto com que se inicia o tratamento (...)” e prossegue, “deve se permitir que o paciente fale, deixando à sua escolha o ponto de partida” (Freud, 1913/2010, p. 180). Portanto, tomar a palavra do paciente a partir do que ele proponha como ponto de partida é uma direção clara da psicanálise e que difere de outras formas de

escutar a quem sofre de algo e busca auxílio. Se é a partir da escuta do que o sujeito vai colocar em análise que tanto a transferência do paciente quanto a hipótese diagnóstica do analista vão se construir, torna-se incongruente que este peça ao sujeito para falar de determinado tema.

O que está em jogo no início de uma análise (e não somente no início) é a relação com o saber, tanto do lado do analista, quanto do sujeito. O saber, enquanto verdade, é o que se pretende e, portanto, está no lugar do não sabido, da ignorância, do inconsciente. A posição do analista, logo, é justamente a de não saber e de conferir ao sujeito o poder sobre a palavra (Miller, 2010). Do lado do que propõe o analista está o não saber, o que o causa, o objeto *a*, que convoca o sujeito a trabalhar na direção da produção de uma verdade (S₂), mas que de fato trabalha em torno da produção de significantes primordiais (S₁). Este é um trabalho realizado com a palavra e com o não saber, com o inconsciente do sujeito, não com a palavra ou o saber de quem escuta, onde estaríamos no campo das psicoterapias (Miller, 2010; Kessler, 2009). Kessler (2008) articula o discurso do analista ao desejo do analista, elaborando que este consistiria “na suspensão do saber, colocando *a* no comando, fazendo o sujeito trabalhar com a produção de seus significantes fundamentais” (Kessler, 2008, p. 30).

Discurso do analista:

$$\begin{array}{ccc} \underline{a} & \rightarrow & \underline{\$} \\ S_2 & & S_1 \end{array}$$

No entanto, a clínica na infância e na adolescência colocam um desafio ao analista, uma vez que nem sempre, e com pouca frequência, o jovem chega a um analista por uma busca própria. Alguém fez esse endereçamento sobre o jovem ao analista, tanto no sentido de a respeito (dele) quanto de através (atravessando ele), e não será esse endereçamento que será escutado, ao menos não terá lugar privilegiado. Faz-se necessário, então, propor ao jovem que, de onde está, possa aproveitar este espaço para si próprio, ainda que não tenha sido a intenção inicial dele. Escutei uma adolescente que tinha sido internada porque se “expunha socialmente e sexualmente”, segundo as descrições psiquiátricas, e porque estaria com “distúrbio alimentar” e “possivelmente usando drogas”. Era perguntada pela equipe sobre seus comportamentos, inquirida e levada a fazer um

juízo deles. Aliás, uma descrição comum delegada aos pacientes era que “não tem juízo crítico” ou que “está com juízo crítico prejudicado”. Estamos, aqui, no campo do comportamento, do juízo moral e consciente. Ela estava muito contrariada com a internação e eu, tendo notícias que seu tratamento ambulatorial vinha transcorrendo com dificuldades e que sua família e profissionais envolvidos demandavam uma ação de contenção ao comportamento da menina, propus que se pensasse em alternativas à internação. Mas esta já estava encaminhada neste tempo. Apresentei-me a ela, expus que poderia aproveitar o espaço da melhor forma que achasse. Convidei que pudesse falar sobre o que quisesse. Ela iniciou falando sobre sua revolta com a internação, que entendia promovida por sua mãe (e também por sua médica), e foi sobre a relação com a mãe e com o pai que seguiu falando nos dias que se seguiram.

Freud escreveu que “o primeiro móvel da terapia é o sofrimento do paciente, e o desejo de cura daí resultante” (Freud, 1913/2010, p. 191), mas alertou que apenas estes elementos não são suficientes para que uma mudança ocorra. É necessário que a transferência opere para que nela as intervenções possam ser realizadas. Ele alertou, ainda, que a comunicação ao paciente do material reprimido deve ser feitas com muita cautela e somente depois de estabelecida a transferência de forma produtiva. A precipitação destas comunicações quando a transferência ainda não esteja suficientemente presente ou quando o paciente ainda esteja distante de poder elaborá-las pode gerar resistências. Mesmo que não seja uma comunicação de um material reprimido, que seja uma questão que diga respeito a ele, não raro se vêem estas resistências surgirem. Uma outra menina, a quem já escutava há algum tempo, cujo traço passava por ocupar um não lugar em relação ao desejo do Outro e de estar ali mais como resto, quando questionada sobre a possibilidade de ocupar algum outro lugar, sentia sono e pedia que encerrássemos. Havia um limite real na vida dela, de uma família que pouco podia se ocupar de acolhê-la, mas para ela também era muito difícil, e talvez ainda seja, deslizar a outra posição. Também encontramos nosso limite de escutá-la naquele momento. Seu sintoma era vagar na rua e se intoxicar com múltiplas drogas e era a propósito disso que era questionada pela equipe e incentivada a parar de usar drogas.

Freud, então, além de apontar a transferência como crucial ao início de uma análise, definiu que este ensaio tem a função de elaboração de uma hipótese diagnóstica, sem a qual o seguimento do tratamento corre risco de insucesso e de erros, alertando que, neste caso, o psicanalista se

tornaria “culpado de um gasto inútil e desacredita seu procedimento terapêutico” (Freud, 1913/2010, p. 166). É, portanto, função da análise de ensaio tomar precaução na direção do tratamento através da formulação, pelo clínico, de uma hipótese diagnóstica, que, como coloca o autor citado, poderá ser revista ao longo do trabalho.

O ensaio preliminar à análise e a análise propriamente dita guardam uma continuidade que é a presença da associação livre como uma das regras fundamentais da psicanálise. O que marca a diferença entre o ensaio e a análise é justamente a transição na qual o tratamento deixa de ser ensaístico, ou seja, quando há o estabelecimento de um diagnóstico (Quinet, 2009). Este autor indica que neste momento o analista é convocado a tomar uma decisão perante a demanda que se estabelece na transferência, conforme o diagnóstico que formula. Divide o tratamento de ensaio em dois tempos: de compreender e de concluir, sendo o segundo a entrada em análise propriamente dita. No tempo de compreender, ou seja, ainda durante as entrevistas preliminares, destaca três funções a serem buscadas para que a passagem ao segundo tempo possa ocorrer: função sintomal, função diagnóstica e função transferencial (Quinet, 2009).

Conforme Miller (2010), é fundamental que as entrevistas preliminares tenham a função de identificar o significante pelo qual o sujeito se apresenta ao analista, ou seja, desde que lugar a transferência se estabelece. O autor também destaca as funções das entrevistas preliminares como função “diagnóstica, de localização do significante da transferência e do significante do pedido e o primeiro deslocamento do pedido da demanda ao desejo” (Miller, 2010, p. 192). Miller segue, condensando o pensamento de Freud na função da associação livre como dispositivo que viabiliza a análise: “que o sujeito autorize a sua palavra a ir adiante dele” (Miller, 2010, p. 192).

A escuta atravessada pela psicanálise é sempre inaugural, posto que relança uma pergunta desde o lugar do não saber a um sujeito dividido. Isso pressupõe, em primeiro lugar, que haja ao menos um que possa supor no outro um sujeito e que essa suposição não tenha, de antemão, outro complemento, não tenha um saber sobre o sujeito. Essa posição discursiva tem incidência na clínica com o sujeito e na inserção da psicanálise na instituição enquanto proposta de uma construção transdisciplinar, pontuando o exercício da psicanálise em extensão. Partindo do pressuposto que uma escuta guiada pela psicanálise implica em considerar a fala do sujeito, sua posição no discurso compreendida na transferência e que o seguimento de um tratamento depende que haja uma

demanda, nos pareceu profícuo considerar que o trabalho desenvolvido no hospital com adolescentes em internação tomasse como ponto de ancoragem os pressupostos a propósito do tratamento de ensaio ou de entrevistas preliminares.

Se ao passo que os jovens atendidos no hospital chegam, em sua quase totalidade, com sintomas constituídos e que a partir destes sintomas e de seu histórico a direção do trabalho da equipe é construída, ou seja, prescrevendo diversas terapêuticas, desde a conduta dos profissionais (como consta nos prontuários: “manter vigilância, manejo firme e amigável, inserção em grupos terapêuticos”), até a farmacoterapia, a escuta que propusemos visava que o sintoma pudesse ter outro estatuto: o de construção de um sintoma tomado como questão pelo sujeito e endereçada ao analista, que não, necessariamente, coincidissem com os sintomas apresentados como motivo de sua internação. “É preciso que essa queixa se transforme numa demanda endereçada àquele analista e que o sintoma passe do estatuto de resposta ao estatuto de questão para o sujeito, para que este seja instigado a decifrá-lo” (Quinet, 2009, p. 16) A pergunta que o analista manterá como seu rumo é a respeito do que, ou em que ponto o recalque fracassou. A constituição da questão a propósito do sintoma em relação ao quê não pode ser recalçado oferece ao analista justamente, indícios da posição discursiva do sujeito, ou seja, de uma hipótese diagnóstica.

Quinet (2009) esclarece que a função sintomal das entrevistas preliminares corresponde à possibilidade de o paciente transformar um sintoma em um enigma endereçado, na transferência, ao analista. É totalmente diferente receber, por exemplo, uma adolescente que diz que foi encaminhada ao tratamento porque foi agressiva com alguém (com um terceiro ou consigo própria) e que precisa “melhorar o comportamento” do que essa mesma adolescente dizer que coisas acontecem a ela, como ficar agressiva, “ver o diabo”, não se lembrar de algumas coisas que ela não entende e que sente medo e atualizar esses sentimentos na transferência. Na primeira situação temos um sintoma falado por um Outro, na segunda temos um sujeito que endereça um sintoma à análise. Nem o sintoma é o mesmo, nem seu estatuto, embora a adolescente seja a mesma. Na segunda situação, a de entrevistas preliminares, temos um sujeito que diz, em nome próprio, que algo lhe acontece (podemos tecer que fale do Outro que fala em si próprio e que carece de significação) e que quer se desvencilhar disso, ou ao menos que o perturba suficientemente, que está investindo afeto neste trabalho presentificando o endereçando ao analista. Na primeira situação o sintoma não é tomado

pelo sujeito como dele, mas algo que lhe acontece e que seria esperado (pelo Outro, não por ele) que desaparecesse. Não há afeto ligado.

A relação do estabelecimento de um sintoma analítico com a construção de uma hipótese diagnóstica está no fato de que o sintoma analítico expressa, justamente, a divisão do sujeito, ou seja, sua posição discursiva na transferência. É a propósito do que então era uma queixa (do Outro na voz do sujeito), que este a toma para si como questão e endereça a um outro, o analista. No momento em que a toma para si e a transforma em questão, aí temos, na transferência, a assunção do sujeito barrado (\$) que trabalha na produção de um significante (S_1), posto que uma pontuação a propósito de existir um não saber sobre o desejo foi presentifica (*a*) pelo analista. Se o sujeito está em seu discurso, como definiu Lacan (1992), histericizado, é porque há, antes, um outro discurso que o convida a esse movimento, o discurso do analista. Este giro que a análise realiza de perguntar ao sujeito o que dele pode fazer questão, e que convida a endereçar esta questão a um outro, é totalmente diverso de um clínico identificar um sintoma e sobre ele definir o que deve ser feito e o que o sujeito deve fazer. Com esta menina, por exemplo, uma dificuldade recorrente era com o uso da medicação, prescrita a ela para que estes sintomas comportamentais de alterações de humor e de possíveis alucinações fossem extirpados. Bem, em muitos períodos ela se negava a tomar, colocando os comprimidos fora e avisando a equipe disso. Ela não se negava ao tratamento, justamente dizia que o fazia e que algo a respeito destes sintomas precisava ser escutado. O entendimento de alguns profissionais oscilava entre tomar essa atualização do sintoma na transferência como legítima e como parte do tratamento ou como negativa do mesmo, como uma recusa, como uma incapacidade de a adolescente “aderir” ao tratamento.

Kessler (2009) propõe uma distinção entre os tratamentos psicoterápicos e a psicanálise, centrando na distinção entre o que move o discurso de cada proposta, ou seja, na primeira, a esperança de que haja um saber construído que possa dar conta de explicar um sujeito e na segunda uma posição que convoca o sujeito a produzir e derivar a propósito dos significantes que o fundam. Nesta, o saber construído permanece como inacessível. Não se trata de um interesse no saber, posto que, estando no discurso no lugar de verdade, jamais é acessado integralmente. Trata-se de um saber inconsciente. Então, com a menina que dizia ver o diabo, por exemplo, não se tratava de buscar que ela, ou que o clínico, construísse um saber sobre isso, uma interpretação e que esta fosse

elaborada conscientemente pela jovem. Nesta abordagem estaríamos em uma psicoterapia. Tratava-se de convidá-la a falar sobre. Ela dizia que o via quando sentia raiva, quando pensava que ninguém a queria ou que não a buscariam (no hospital), que lembrava de algumas coisas que seu pai teria feito e que a incomodavam muito e contava alguns episódios em que se sentia agredida e invadida pelo Outro. As visões que tinha eram uma verdade a qual não tínhamos acesso, era um saber construído por ela para dar conta do sofrimento, ou de um real que se impunha. Importava que ela pudesse, através da fala, deslizar pelos significantes que a marcavam, que tinham a ver com estar em uma posição de vítima de um Outro absoluto. Diferentemente, o discurso médico, também presente no tratamento dela através de outras intervenções, na impossibilidade de compreender este saber dela, de escutá-la como um sujeito, o que era totalmente compreensível, posto que, enquanto verdade do sujeito, suas visões eram inapreensíveis, deslegitimava, chegando a afirmar que não tinha visões, que “inventava para chamar atenção”. Consideramos que havia momentos nos quais se angustiava muito e que os nomeava fazendo descrições de alucinações e que cabia à escuta estar presente para que ela pudesse falar destes momentos e do que lhe ocorria. Dividimos esta hipótese com a equipe no intuito de não estabelecer um saber categórico sobre o sintoma: não sabíamos se de fato alucinava ou não, não era isso que estava em questão, mas sim considerar que para ela a angústia surgia por se encontrar em uma posição limite.

No discurso do analista, o que estará movendo o trabalho não será mais o saber, ao contrário, sua suspensão. O saber estará no lugar do que é inapreensível e o que move é aquilo justamente que designa sua ausência, o objeto *a*. “O desejo do analista consistiria nos parece, na suspensão do saber, colocando *a* no comando, fazendo o sujeito trabalhar, levando a produção de seus significantes fundamentais” (Kessler, 2009 p. 51). O trabalho da psicanálise é de realizar aberturas no discurso, convidando a quem é escutado a não encerrar saberes, mas deslizar na produção significativa em direção ao que o funda. Não interessa ao trabalho analítico que o paciente tenha, por exemplo, uma elaboração narrativa que explique a si mesmo, ao menos no campo das neuroses. Esta não é a finalidade da análise, ao contrário, a abertura destes campos narrativos é o que se almeja. Se em algum momento são necessárias construções de um saber pelo sujeito, são aqueles de injunção, quando o registro simbólico se vê fragilizado a ponto de um desenodamento. No entanto, no decorrer de uma análise, o que se espera é o contrário, que o saber não seja o

objetivo. Kessler prossegue: “Desloca-se dessa forma a perspectiva de um sujeito que falava a partir de uma posição de saber, ou de buscar saber sobre si (S₂ no comando), para outra na qual ele possa falar a partir de onde, como sujeito do inconsciente, é causado (a no comando). Tomar o objeto *a* como o agente do discurso, suspendendo o saber consciente (S₂) sobre si e fazendo o sujeito, dividido (\$), trabalhar de forma a que, assim, se produzam os significantes (S₁) que lhe são constitutivos.” (Kessler, 2009, pp. 51-52).

A respeito do trabalho analítico e de sua relação com o saber, Lacan alerta que se trata justamente de buscar o afastamento de qualquer posição que diga respeito a um saber totalizante que cumpra uma função imaginária de satisfação, lançando o comparativo com o caráter esférico de algumas posições, ou seja, a elas, nada escapa. Aponta (Lacan, 1992) a política (partidária) como sendo um destes campos e indica que a clínica deve ter uma posição totalmente diferente:

A colusão dessa imagem com a ideia da satisfação, eis contra o quê temos que lutar cada vez que encontramos alguma coisa que faz nó no trabalho de que se trata, o do descobrimento pelas vias do inconsciente. É o obstáculo, o limite, ou melhor, é a névoa na qual perdemos a direção e onde nos vemos obstruídos (p. 31).

A respeito do trabalho de intervenção tomando o saber em jogo, especialmente ao trabalho analítico, Betts diferencia a proposta deste de outras formas de localizarem o lugar do saber no discurso e, conforme este lugar, as consequências são categoricamente distintas. “Interpelar um sujeito requer que não se use o saber do nosso campo de atuação profissional para calar a boca das pessoas que estão ali e que precisam falar e ser ouvidas. O mais fácil é se utilizar do saber médico, psicológico, psicanalítico, educativo, qualquer que seja, e usá-lo para calar o sofrimento humano (...)” (Betts, 1998, p. 68).

A CLÍNICA DA ADOLESCÊNCIA: UM NÓ PARA O ANALISTA

A clínica da adolescência possui um nó, que diz respeito à função diagnóstica coincidir, também, com a intervenção que a análise pode propor na clínica da adolescência. Se o sujeito escutado está em estruturação, sua posição discursiva ainda está sendo decidida e isso tem

implicações nas hipóteses diagnósticas e na condução do tratamento. Mas, justamente, a condução do tratamento na adolescência pressupõe que este seja um meio de facilitar a estruturação, quando esta estiver em dificuldade.

Se um adolescente chega a um analista e pode formular uma demanda de análise, talvez possamos supor que algo nesta estruturação está sendo afetado ou que, ao menos, há questões no que concerne a castração às quais não está tendo recursos de elaborar. A clínica da adolescência tem, portanto, um viés de acompanhar esta estruturação e de possibilitar que haja momentos em que o sujeito faça construções em torno do corte que o atravessa. Rassial (1999), a partir da formulação de Lacan a propósito do *sinthome*, defende que “a adolescência é o momento lógico de construção do *sinthoma*” (Rassial, 1999, p. 91), complementando que este *sinthoma* é social, sexual e que define uma estrutura. O *sinthoma* é social na medida em que é um modo pelo qual o sujeito dá conta de uma inserção, que resulta conflituosa, no laço social desde um outro lugar, diferente da infância, precisando fazer elaborações a propósito dos imperativos super egóicos do coletivo. O *sinthoma* vem responder a este conflito e Rassial pondera que, neste sentido, condutas desregradas dos adolescentes têm lugar neste tempo por esta razão e que justamente a elaboração psíquica é que resultará em não estarem mais presentes.

A menina que havia contado nos primeiros atendimentos que era agressiva e que não sabia o porquê conta, nos encontros subsequentes, sobre os atos de seu pai e narra as experiências que sofreu por consequência disso. No seu comportamento, não deixa de repetir muitos dos do pai. Ao longo do tempo, passou a nomear-se diferente dele. Dizia que este tinha uma doença e que, por isso, fazia as coisas ruins e construiu que o pai não tinha mais condições de cuidá-la. Ainda identificava-se com o abandono que imaginava sofrer do pai, e também com estar abandonando ele, mas um abandono remete simbolicamente, também, a uma separação, que se fazia necessária. A respeito de si própria passou a nomear-se como artista e se empenhou em produzir pinturas usando os dedos e guache. Preenchia folhas inteiras, transbordando, mesclando cores em arco íris. Presenteou (ou pagou) alguns terapeutas com suas obras e faz uma exposição, circulando, no social, suas produções. Embora convidando-a a falar e a acompanhando em suas pinturas, o trabalho não era somente de produzir aberturas, mas também alguns alinhavos em seu saber, construído por ela, para que, da forma que pôde, fazer-se um pouco distinta do sintoma paterno. Se o que a menina

manifestava em sua conduta era o desvio da regra e que muitas vezes a reação das pessoas a sua volta era justamente recrudescer o controle sobre ela, esse desvio também dizia respeito à forma como ela estava passando por dificuldades de elaborar psiquicamente o que vinha do Outro, significado por ela como invasivo e agressivo, muito além, inclusive, de uma ordem superegóica.

O tempo da adolescência, ainda que parcialmente cronológico, é um tempo lógico, posto que se trata de um marco de estruturação do sujeito em torno do enigma produzido pela castração, ou seja, a propósito da forma como o sujeito se confronta com o objeto causa do desejo e com a posição sexual que descende dele. Deste processo é que vai ser constituído o que Lacan denominou como *sinthoma*, ou seja, o arranjo simbólico que permite ao sujeito posicionar-se de determinada forma perante a castração e que terá, ao longo de sua existência, um funcionamento relativamente contínuo. Trata-se da forma como os significantes são enlaçados de forma a definir a maneira como o sujeito se posiciona perante a castração e, portanto, também, quanto à sexuação enquanto elemento constitutivo daquela, posto que, se há diferença entre os sexos, é porque algo, a castração, marca essa diferença. A adolescência é, assim, uma operação de estrutura, não uma estrutura em si, mas uma passagem para tal. O *sinthoma* é a definição dessa estrutura. Rassial descreve que “o adolescente em crise, crise necessária, pouco se apresenta como o neurótico para quem tudo iria bem sem o sintoma que o embaraça, mas num embaraço generalizado que o faz oscilar, ritmicamente, do tudo vai bem ao tudo vai mal, indicando um estado da estrutura psíquica” (Rassial, 1999, p. 92) e conclui que a direção do tratamento é a construção de um *sinthoma*.

Na passagem adolescente os pais, ou aqueles que encarnam essa função, deixam de estar em seu lugar de ideal para que, no social, o jovem encontre outra forma de fazer valer-se como sujeito. E quando estes lugares ideais para a criança não estão suficientemente estabelecidos e, também, no social, não encontra quem possa dar sustentação a isso? A escola, que poderia ser um lugar que cumpre a função terceira, quando o adolescente passa a interrogar ela justamente em relação a esta função, ela se exime e se retira, deixando que o aluno vá embora. Talvez não seja por acaso, muito pelo contrário, que muitos adolescentes que escutei e que viviam em circulação nas ruas de suas cidades tenham o pedido de aprender a ler e a escrever, um pedido de entrada na cultura. Rassial (1995), escrevendo sobre os comportamentos paradoxais da adolescência, lembra que é próprio do adolescente fazer seus ensaios, que se exprimem justamente nas contradições, e

que um destes ensaios são as escrituras. Na clínica observei que eram escrituras ora endereçadas aos seus Outros, ora ao outro sexo, escrituras sobre as quais eles decidem quem lerá ou não, e nas quais a assinatura do nome próprio, presente no papel ou não, em ensaios de autoria, se fazia presente.

Uma das práticas engendradas no hospital foi desenvolvida por estagiários de psicologia, os quais eu acompanhava em supervisão, que propunha problematizar o lugar e a função da escrita. Um dos estagiários observou um paradoxo em relação aos registros escritos no hospital. Os prontuários são o meio que tem legitimidade durante a internação e são nomeados, pela equipe, como sendo do paciente, ou seja, que este, em tese, teria acesso a seu prontuário. No entanto, não somente não é corrente esta prática, e não achamos que seja a situação de questioná-la, mas aponta para a questão da autoria desta escrita que versa justamente sobre o tratamento. Enquanto meio de memória e de interlocução entre os profissionais (o prontuário era único, todos os profissionais registravam em um mesmo prontuário de cada paciente), pouco espaço parecia haver para as produções subjetivas dos jovens, resguardados os escritos dos técnicos que privilegiassem isso. De outro ponto, uma constante, como dito anteriormente, eram os ensaios de escritas dos adolescentes em papéis soltos que se perdiam ou em caderninhos pessoais, ou ainda escrituras nas paredes do hospital. Em geral, os profissionais tinham acesso a todas escritas. Ora eram de fato endereçadas a estes, ora não, mas lidas de toda maneira. A proposta construída pelos estagiários em momentos de supervisão foi a construção de um diário coletivo pelos adolescentes. Foi tomado um caderno grande, igual aos cadernos de atas utilizados pela equipe, e ofertado aos jovens com dois convites: que conversassem sobre o que gostariam de ter registrado ali e que cada um poderia, se quisesse, registrar o que fosse, que era um espaço para todos, e que a equipe não leria, a menos que eles solicitassem. O formato de trabalho foi combinado pelos estagiários junto com os jovens, assim como quem guardaria o caderno. A escritura ocorria em uma oficina semanal, durante a qual podiam utilizar o caderno como quisessem, para ler o que outros haviam colocado, para fazer colagens (por exemplo, de fotos da oficina de fotografia que faziam com o mesmo grupo de estagiários), para escrever, para colocar escritas ou produções que tivessem feito durante a semana, para desenhar. A gestão do caderno era deles e os estagiários acompanhavam este momento. Findo aquele encontro, o caderno ficava guardado até o próximo em um armário chaveado da sala da psicologia, por decisão dos adolescentes. Nas supervisões, falávamos sobre o momento da oficina, o

caderno nunca foi aberto. Um dos movimentos que surgiu nas oficinas foi o mencionado de inserir as produções de imagens que os adolescentes tinham feito em outra atividade e suas escolhas foram dos retratos que tinham feito uns dos outros. Outro movimento bastante interessante foi que um grupo se interessou por usar o caderno como meio de contar sua vivência àqueles que estavam chegando, colocando sua experiência na internação e dando dicas aos novos. Uma delas era o depoimento que contava que não queriam estar ali, mas que depois viam que havia benefícios. A *posteriori*, podemos compreender que o caderno teve uma função para alguns adolescentes de tecer significações sobre o momento de internação e de fazer isso junto com seus pares.

Se a escritura é um meio de autoria e, portanto, de constituir um enunciado em nome próprio, a experiência dos adolescentes com este diário coletivo convida a pensarmos a importância de haver espaços de enunciação que não pré-definam o destinatário e, ainda menos, desde onde o sujeito deve falar, exceto que seja do seu lugar. Tendo havido essa abertura, de forma geral, decidiram falar uns aos outros, constituindo, na escrita e no desenho, um espaço próprio, o qual era mediado pelos terapeutas estagiários, mas não gerido. O endereçamento que promoviam era ao mesmo tempo a eles próprios, ao outro de cada um e que versava sobre a experiência da internação, e a um outro que convidava a falarem e a produzirem, mas que não demandava deter o saber sobre o que falavam nem avaliar a propriedade do que diziam, diferente de outras práticas de escuta no hospital, que se fundamentavam em contrapor a fala dos adolescentes a avaliações da adequação ou não do que diziam.

Se a adolescência é período de ensaios, talvez o que mais seja definidor é o de um ensaio de filiação que dê conta de uma continuidade simbólica e que resulte em formas de o sujeito ser reconhecido na cultura. Jerusalinsky (2010) define a continuidade simbólica:

Significa a continuidade, permanência, ou persistência de uma lei que obriga o sujeito a certas formas de proceder para produzir um reconhecimento de valor recíproco. Significa que o sujeito é capaz de produzir uma operação cuja resultante seja reconhecível pela geração anterior como algo de valor simbólico, de valor representativo da cultura na qual ambas as gerações trabalham. Significa que aquilo que o filho faz seja passível de ser reconhecido pelo pai como algo que assegura a

continuidade histórica de sua estirpe, a continuidade dos valores essenciais que estavam em jogo, que não são de ordem moral (p. 13).

O ensaio adolescente de realizar outra inscrição no laço social, passando do lugar do infantil a uma posição que *devirá* adulta, passagem, como mencionada anteriormente, de travessia estrutural, pressupõe, também, um ensaio com os pares. Será inclusive na relação com seus outros, e com o outro sexo, que sua referência aos significantes se reposicionará, fazendo essa transição de um dado lugar de filiação do infantil, ao Outro materno, a outra filiação, agora ao Outro social. Se na infância um dos principais trabalhos da criança é o brincar no qual a fantasia permite que faça elaborações simbólicas a respeito de sua vida, na adolescência a produção simbólica passa por outras inserções, já não tão estritas ao imaginário e a criações individuais e pouco compartilhadas, mas justamente tem lugar aquilo que pode ser trocado com outros enquanto produção simbólica propriamente dita e que pressupõe traços de um autor que busca falar desde seu próprio lugar. Assim, um desenho de criança muitas vezes é uma tradução que ela faz a seus Outros, desenha ela própria, sua família, a professora e mostra a seus pais, por exemplo, desde onde virá uma palavra de aprovação ou não. O adolescente, nos seus traços no papel ou nas paredes, não espera essa aprovação, sua escrita não está mais, ao menos em muitos momentos, endereçada a ser aprovada por este outro. Sua escrita tem a direção de fundar uma posição diferente daquela infantil.

Se ao passo que na infância costumamos nomear algumas travessuras das crianças como arte, na adolescência as duas aparecem mais distantes uma da outra. A travessura passa a significar transgressão e é repreendida pelo adulto, enquanto a arte se aproxima mais do que temos como criação, geralmente individual, mas que é compartilhada e que é reconhecida ou valorizada socialmente. A clínica permite manter um espaço ainda de interlocução entre essas duas dimensões aos adolescentes. O que é nomeado como transgressão pode ser falado como arte, ou como criação e, neste deslizamento, reconhece-se um sujeito que pode falar de si, pelos meios que tiver, e que é autor. Embora não seja mais o brincar de uma criança que se ocupa de personagens e histórias as quais só ela parece ter acesso (ou que digam respeito à infância), é um outro brincar que também antecipa, pela inventividade imaginativa, o vir a ser adulto. Tavares (1998), comenta que

a criança vai produzir outra *arte* que é o desenho e também vai brincar. Nessa

brecha que aparece entre a sua insuficiência e o real, a criança vai brincar de vir-a-ser. Vai fazer uma brincadeira para construir a ponte entre essa insuficiência e o ideal para articular algum saber próprio, brincando de vir a ser grande. (pp. 60-61).

Freud levantou a suposição que a obra literária é um derivado do brincar infantil, que nela o escritor “cria um mundo de fantasia que ele leva muito a sério, isto é, no qual investe uma grande quantidade de emoção, enquanto mantém uma separação nítida entre o mesmo e a realidade” (Freud, 1908/1996, p. 80) e complementou que, pela fantasia, é possível ao leitor ou expectador da obra ter experiências inclusive de prazer a propósito de um tema que pode ser penoso. Se considerarmos o brincar e a narratividade criativa como dois recursos paralelos de fantasia e de historicização, portanto de vias de simbolização, a clínica com crianças e adolescentes nos oferece outras vias de representação para o sujeito, nas quais podem elaborar o que é da ordem do real, e muitas vezes traumático, fazendo uma determinada cisão entre o conteúdo e o afeto a ele ligado.

Se a psicanálise propõe que o sujeito possa produzir tomando a palavra para si e dela tecendo uma trama de saber em direção a se reposicionar em relação aos significantes fundantes, na escuta a adolescentes esse movimento tem importância crucial. Convidar um jovem que atravessa um momento que, por si só, é estruturante, a tomar para si a palavra, servindo o analista também de terceiro a quem esta palavra possa ser endereçada, possibilita que o jovem ensaie falar de outro lugar, nem do lugar infantil, que busca no outro uma validação, nem do lugar transgressor do adolescente, que buscará destituir esse Outro da criança. Ainda que na clínica o analista acolherá estes momentos conforme eles estejam colocados na transferência, será nela que a abertura à construção de uma terceira enunciação pelo sujeito se dará. No relato do diário, por exemplo, foram enunciações e uma historicização, endereçada aos pares, sobre a experiência de uma internação psiquiátrica.

A clínica da adolescência, portanto, implica que o analista nem esteja na posição de detentor do saber, uma vez que aí não estaria operando pela psicanálise, nem de uma ausência absoluta, uma vez que precisará responder, considerando a transferência, às interpelações do adolescente ao Outro e que concernem ao momento de estruturação pelo qual passa. Uma confrontação ao outro que o adolescente faça não precisa ser tomada como uma questão para análise, posto que entendemos que

se trata de uma interpelação ao Outro do adolescente. Tomar esse movimento como questão pode significar que quem resiste é o analista. O que se pode convidar o adolescente a fazer questão é sobre o tema que gera esta confrontação. Porque se sente implicado com tal ou qual tema? Neste momento se está lançando uma pergunta a um sujeito (em estruturação) e não a mais um adolescente que confronta o outro. Uma pergunta sobre a adolescência seria inespecífica e não diria respeito ao sujeito, mas a uma categoria: a de adolescente.

PARA CONCLUIR, SEGUE-SE FAZENDO PERGUNTAS

A questão do trabalho da psicanálise em uma instituição cujo traço principal passa por outro discurso retorna. Sustentar o trabalho em um lugar que não privilegia a palavra do sujeito, especialmente em se tratando de adolescentes, gera uma pergunta a quem se ocupa de trabalhar a partir da psicanálise. Ainda que haja momentos de maior acolhida, por parte da equipe, ao que enuncia um adolescente, e que esforços tenham sido mobilizados para que estes momentos fossem ampliados, esta não é a direção do trabalho em uma instituição médica. Se a psicanálise pode, com um sujeito, engendrar espaços de abertura e de autoria, de legitimação da palavra do sujeito, talvez possa fazer questão a uma instituição que não tem esta linha de trabalho e alguns profissionais possam ser afetados e dela derivem outras práticas. A presença há anos da psicanálise no hospital, através do trabalho de colegas, possivelmente já conquistou aberturas na clínica. No entanto, enquanto discurso institucional e que tem um poder decisivo, a atuação dos profissionais que dialogam com a psicanálise parece ter poucos efeitos.

Neste ponto, levanta-se outra questão. Se há sujeitos que se encontram em desamparo social, incluindo situações de configurações familiares que produzem pouca ou nenhuma acolhida, e desamparo institucional (que não deixa de ser social), promovido pela baixa, ineficiente ou inexistente assistência em saúde, educação etc, ter a internação psiquiátrica como principal alternativa para sanar, ainda que por algumas semanas, essa defasagem de proteção, é preocupante. Muitos jovens são internados menos por uma condição psíquica de risco do que por condições sociais. Adolescentes acolhidos em abrigos, por exemplo, e que evadem destes e fazem algum uso de drogas frequentemente são internados. Geralmente também há dificuldade de se manter o

tratamento de forma ambulatorial, seja em qual equipamento de saúde de sua cidade for. O uso de substância pode não exigir uma internação psiquiátrica, que é uma das alternativas (a última) para situações que contemplem um projeto de saúde composto também pelo sujeito. Mas a situação de estar circulando na rua e de não estar acessando os atendimentos na sua cidade (por não existirem ou por outras dificuldades) são decisivos para a internação. Deixa-se de perguntar ao sujeito o que ele possa vir a falar para ele ser falado em termos diagnósticos. Tem uma patologia psiquiátrica, dependência química, por exemplo, que precisa de uma terapêutica medicamentosa. O que ele possa falar do uso que faz, das saídas para a rua, de suas relações, do que achar importante, enfim, de si, não é decisivo para seu tratamento, a menos que identifique o grau de dependência e de criticidade que tenha em relação a isso. “A psicanálise restitui ao Sujeito seu lugar, o qual a ciência escamoteia, ao constituir um discurso em que o sujeito (da enunciação) não se manifesta, em que a verdade enunciada por ele deve ser independente daquele que a enuncia” (Jorge, 1983, p. 12).

Questionamos, então, se manter espaço de acolhida a sujeitos nestas situações não gera, ainda, desassistência e legitimação desta, ao passo que deixa de ser necessário repensar formas de cuidado e de escuta em liberdade uma vez que, se a situação parecer se agravar, basta o encaminhamento a uma instituição fechada que deterá o saber do que fazer. Retomamos, aqui, o questionamento de Clavreul sobre o que pode a psicanálise perante o discurso médico. O autor aponta que, se a psicanálise pode vir a trabalhar junto ao saber médico, por motivos de interesse de ambos os campos, quer seja de a medicina aceder a esclarecimentos que fogem de sua competência, quer a psicanálise pretender alguma transformação do campo médico, que este encontro, embora possa gerar efeitos interessantes inclusive para os sujeitos escutados, perde em rigor para a psicanálise.

Escreve Clavreul (1983):

Este convite constitui problema, ou melhor, deveria constituir problema para todos os psicanalistas que o aceitam. Pois se se trata apenas de colocar alguns fragmentos do saber psicanalítico a serviço da Ordem médica, é uma opção política. Pode-se pensar que a psicanálise não tem nada melhor a fazer senão deslizar-se no discurso dominante, esperando dobrá-lo ou pretendendo subvertê-lo. A medicina se torna, então, o suporte ou o alvo da psicanálise. É, em suma, uma posição reformista

mais preocupada com a eficácia, pelo menos imediata, que com o rigor. Mas podemos nos perguntar quem, nesse jogo, será conquistado pelo outro, a medicina ou a psicanálise. Parece que a evolução da psicanálise americana já forneceu a resposta (p. 18).

Tanto o trabalho em saúde mental, guiado pelos princípios da Política de Saúde Mental, quanto o trabalho da psicanálise, têm um traço em comum que dão sustentação e ao mesmo tempo fomentam repensar a própria prática e a ética nela implicada, que é a troca entre os pares e a discussão de seus pressupostos teórico-clínicos. Sustentar o trabalho neste âmbito implica, necessariamente, que essa possibilidade de troca exista. Entendemos, portanto, que manter vivo o diálogo entre profissionais que compartilham de uma posição que considere o sujeito como central para seu trabalho é um recurso fundamental para que o exercício ético da escuta se mantenha e, especialmente em se tratando da psicanálise, uma exigência ética em relação ao próprio discurso. Onde essa possibilidade se extingue ou é insuficiente, o trabalho solitário tem pouca representatividade e corre o risco de deixar de se assumir na radicalidade a que se propõe. Entendemos que se o trabalho da psicanálise tem possibilidades em instituições onde prevalecem discursos de fechamento e de não consideração do sujeito como central, é porque está condicionado à articulação diária dos profissionais com ela implicados no sentido de construir essa reflexão contínua.

REFERÊNCIAS

Betts, J. (1998). A psicanálise na transdisciplinaridade. In: Fleig, M (org.). *Psicanálise e sintoma social II* (pp. 67 a 76). São Leopoldo, Ed. UNISINOS.

BRASIL. Lei 10.216/2001. *Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*. Acesso em 27 de maio de 2017: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm

Broide, E. E. (2011). Porosidades clínicas: diálogos entre a psicanálise e a saúde coletiva. In: Associação Psicanalítica de Porto Alegre (1998). *Psicanálise e intervenções sociais* (pp. 199 a 208). Porto Alegre: APPOA.

Clavreul, J. (1983). *A ordem médica – poder e impotência do discurso médico*. São Paulo, Brasiliense.

Freud, S. (1908/1996). Escritores criativos e devaneio. In: *Obras Completas, ESB. V. IX*. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1913/2010). O início do tratamento. Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I. In: *Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia: (“O caso Schreber”): artigos sobre técnica e outros textos (1911/1913)*. Tradução e notas de Paulo César de Souza. São Paulo, Companhia das Letras.

Jerusalinsky, A . (2010) As quatro estruturas fundamentais do sujeito: autismos, psicoses, neuroses e perversões. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre – Estruturas Clínicas*, nº 38 (pp 9-19).

Jorge, M. A. C. (1983). Apresentação da edição brasileira. Discurso médico e discurso psicanalítico. In: Clavreul, J. *A ordem médica – poder e impotência do discurso médico*. São Paulo, Brasiliense.

Kessler, C. H. (2008). O objeto a é (radical) e não é ([b]analísável). In: APPOA. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre. Angústia: Vide bula*. n. 34 (pp 23-32).

Kessler, C. H. (2009). *A supervisão na clínica-escola: o ato no limite do discurso*. Tese (doutorado) — Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Orientadora: Anna Carolina Lo Bianco.

Lacan, J. (1992). *O seminário, livro 17: o avesso da psicanálise 1969-1970*. RJ, Jorge Zahar.

Lacan, J. (2003). Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola. In: Lacan, J. *Outros escritos I*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. (Campo Freudiano no Brasil).

Lacan, J. (2008). *O seminário, livro 14: a lógica do fantasma 1966-1967*. Recife, Centro de Estudos Freudianos de Recife.

Miller, J.A. (2010). La clínica Psicoanalítica (1984). In: Miller, J.A. *Conferencias porteñas: tomo I Desde Lacan* (pp. 189 a 201). Buenos Aires: Paidós.

Quinet, A. (2009). *As 4+1 condições da análise*. 12.ed. – Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

Quinet, A. (2009). *Psicose e laço social: esquizofrenia, paranóia e melancolia* /2.ed. – Rio de Janeiro: Jorge Zahar

Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. *Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde*.

Rassial, J.-J. (1999). O sintoma adolescente. *Estilos da Clínica*, 4(6), 89-93.

Roudinesco, E. (Ed.) (1998). *Dicionário de psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.

Tavares, E. (1998). O brincar na clínica com crianças . In: *Revista da APPOA*, nº14, (pp.54-67).