

Quarto Capítulo

Estabilizações

1

Suplência e estabilização

Não há dúvida de que a figura do professor Flechsig, em sua gravidade de pesquisador... não ter conseguido suprir o vazio subitamente vislumbrado da verwerfung inaugural (Lacan, 1955, p. 588).

Em *De uma questão preliminar a todo tratamento de psicose*, Lacan usa, pela primeira vez o verbo “suprir” para se referir a uma compensação para o vazio instaurado com a forclusão paterna. Essa correlação faz com que Deffieux (2005) afirme que suplência e *déficit* são indissociáveis; no entanto, o mesmo autor afirma também que o termo suplência sofre modificações, junto com a reformulação de Lacan acerca da clínica das psicoses. No Seminário 18, por exemplo, Lacan faz uso do termo suplência como equivalente à sintoma, para designar aquilo que faz função de reparo da cadeia borromeana (*Ibid*, p. 167). Assim como o NP muda de função (não mais obrigatoriamente atrelado à função paterna, pluraliza-se e é apreendido como função de nomeação), o termo suplência passa a assinalar preferencialmente algo equivalente à constituição de um *sinthoma* e uma nomeação estabilizadora: *Nomear faz suplência, nomear é enlaçar, é dar um nome a um dos três nós (Ibid*, p.168).

Podemos supor, então, que fazer um *sinthoma* – para Lacan, nesta época - é o mesmo que amarrar o nó borromeano, e o mesmo que nomear, no sentido de oferecer um lugar para o sujeito, dando-lhe um nome próprio. Nesses três termos temos a idéia de estabilização, como constituição de um sintoma, ou obtenção de uma nomeação, que garante algum bastamento para o gozo do Outro, presente na psicose. Estabilizar e fazer suplência seriam sinônimos, no sentido de oferecerem algum apaziguamento para o sujeito. Nesse sentido, podemos, talvez, dizer que há algo, criado pelo sujeito - para solucionar o problema que se coloca para ele com relação à linguagem, ao Outro que o invade de forma desordenada – que permite a esse sujeito habitar a vida de um

modo minimamente compreensível. Em termos freudianos algo que reata o laço inexistente entre palavras e coisas. Para cada sujeito, vemos soluções diferentes. Remetendo-nos ao caso Julio, mencionado no primeiro capítulo, poderíamos dizer que a invenção da “roupa representativa” exerceria essa função.

O termo “suplência”, mesmo que reformulado por Lacan mais tarde, costuma estar atrelado à década de 1950, quando a psicose era entendida como fruto de um *déficit*, o que evitamos com o uso do termo “estabilização”.

2 Autonomia e Estabilização

Com base no que foi possível colher a respeito da teoria da forclusão generalizada, podemos afirmar que está suposto, na ‘teoria clássica’, um *déficit* da psicose em relação à neurose. Segundo Gueguen (2002) a continuidade do entendimento da clínica referida à teoria da forclusão generalizada deve-se a um esforço coletivo, no sentido da pesquisa e da investigação psicanalítica do campo das psicoses. Ele se refere ao ensino de Lacan, a partir da leitura empreendida por J-A Miller.

Dessa formalização sobre a clínica da psicose, Gueguen propõe que pensemos a estabilização a partir da idéia de homeostase. Homeostase quer dizer a manutenção de um nível constante das características de um organismo vivo. Pode ser usado em psicanálise, pois, esse termo ajuda a tornar visível que a psicose não pode ser “curada”, mas que pode ser contida, reduzida, naquilo que ela possui de perturbador, invasor. A proposta de Gueguen é de substituir o termo “metáfora delirante” por “homeostase sintomática”:

A idéia segundo a qual a formação de um sintoma é o que permitiria a verdadeira estabilização do sujeito vem, portanto, modular aquilo que o termo homeostase tenderia a evocar com relação a uma simples erradicação dos efeitos dolorosos destrutivos da psicose (Gueguen, 2002, p. 1).

Essa perspectiva nos interessa na medida em que ela aponta para o fato de o termo estabilização precisar conter a idéia de fragilidade, de instabilidade, de equilíbrio provisório. Se estar estável é o mesmo que não estar invadido, louco etc,

podemos relacionar a estabilização à *autonomia* – tomada no sentido comum, ou seja, como a capacidade do sujeito de criar normas para a própria vida. *Autonomia* mantém relação direta com a idéia de equilíbrio (mesmo que instável) para a vida do sujeito. Retomando a idéia de que a estabilização é conquistada pela via da construção de um sintoma e que o sintoma, tomado como parceiro do sujeito, é o laço social (Gueguen, 2002, p. 9), estar estável é habitar, de alguma forma, o laço social. Se tomarmos a idéia de *autonomia* como a capacidade do sujeito de fazer laço, ou seja, como uma conquista a partir do aumento de laços com pessoas e coisas (Tykanori, 1996), e tentarmos relacionar essa idéia à de estabilização, talvez pudéssemos dizer que o laço de que se trata a *autonomia* seja o sintoma. Através da invenção dele, o sujeito estaria estável ou, em outros termos, autônomo.

Tomar a idéia de estabilização, aproximando-a das noções de sintoma e amarração do nó não significa fazer dela uma referência fixa que seja um objetivo prévio do trabalho clínico. Se fosse assim, estaríamos cometendo o mesmo deslize que se costuma cometer quando tomamos o termo *autonomia* como guia; como ideal universal previamente determinado. Isso porque o termo estabilização no sentido acima não tem definição geral, a cada sujeito haverá uma possibilidade de realizar algum tipo de montagem ou invenção que lhe permita viver. É o acolhimento e a localização no Outro que decidirá do sucesso ou fracasso da solução encontrada e não algo previamente determinado pela mesma.¹

Ao mesmo tempo, pensar na *autonomia* com relação à estabilização, talvez permita incluir na primeira, a idéia de instabilidade, de solução provisória. Segundo a proposta de Gueguen (2002), se pensarmos como homeostase sintomática, também podemos incluir nela algo que diga respeito à particularidade, ao modo como cada um estabiliza, faz sintoma. Será que, desse modo, podemos pensar na *autonomia* como a capacidade do sujeito de criar soluções próprias diante do Outro?

3 Fragmento clínico

¹ Miller, 2004.

Apresento aqui a situação de uma paciente do HPJ, moradora do *Albergue*, que acompanhei em supervisão. Ela era acompanhada por uma estagiária de Psicologia². A chamarei de Janaína.

Janaína tem 42 anos e longa história psiquiátrica. Sua primeira internação aconteceu aos 13 anos. Depois desta, teve uma vida sem problemas psiquiátricos. Estudou contabilidade, trabalhava, teve dois filhos casou-se... Aos 32 anos, após o nascimento de seu primeiro filho, ela tem sua segunda crise. A partir desta, Janaína passou a ser internada sucessivamente no HPJ, até ser transferida para o setor *Albergue*, do mesmo hospital.

Sua crise aos 32 anos ocorreu após o parto do primeiro filho. À ocasião, o marido teria lhe trazido um outro filho, dizendo-lhe que este também era dele. Em seguida, o marido sai de casa. Janaína enlouquece ficando bastante desorganizada, sem conseguir dormir, andando a esmo e sem cuidar de si. É internada e desde então tem internações longas, com altas curtíssimas. Ao ir para casa, segundo o pai, ela se desentendia com a vizinhança, ateava fogo em casa e não tomava a medicação. Depois de inúmeras tentativas, o hospital passa a ser a sua casa, no sentido de que passa a ser seu lugar de moradia, além de ser lugar de tratamento. Durante esse período, é comum encontrarmos em seu prontuário, relatos que atribuem sua situação exclusivamente a causas sociais. Também encontramos inúmeros diagnósticos psiquiátricos: “Transtorno de Humor”; “Quadro histeriforme, com sintomas conversivos e simulações”; “Psicose não especificada”; “Transtorno de personalidade histriônica” e “Esquizofrenia indiferenciada”.

No hospital, dizia sentir-se protegida. Afirmou, certa vez, que tinha medo de ser morta e que ouvia as vozes dos filhos e do marido: “São vozes reais, escuto no ouvido e não dentro da cabeça”. Sobre vivências corporais, ela dizia ter sofrido uma operação “dos pés à cabeça”. Explicava esses fatos, dizendo que lhe faltava algo no cérebro e que era feito “pincel e borracha”(sic), talvez devido a um câncer ou “esquizofrenismo”. Sua queixa principal, que notamos desde o início de suas internações do HPJ até ir para o *Albergue* era de que não sabia mais falar, que não

² O relato deste caso se baseou em texto apresentado na Oficina de Psicanálise do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, em abril de 2005, estabelecido pela estagiária Aline von der Weid e pela Coordenadora do Albergue, Adriana Cerdeira.

entendia mais nada. “Antigamente eu sabia falar, era educada... eu era limpinha, caprichosa, trabalhadora, gostava de todo mundo. Por que não sou mais assim? Mudei de personalidade...”

No *Albergue*, enfermaria de longa permanência, Janaína foi acompanhada por Aline (estagiária de Psicologia) por um período de uma ano, aproximadamente. Nesse percurso, o trabalho de Aline foi inicialmente marcado por tentativas de aproximação de Janaína, o que não era fácil pois Janaína falava com dificuldade, apresentava-se muito desorganizada. Depois de algumas tentativas, de alguma insistência, Janaína, afinal, disse que não gostava do jogo de perguntas e respostas que Aline fazia com ela. Pediu então, que falassem de outras coisas como ‘roupa, cabelo e tecnologia’. Daí surge um trabalho marcado pela observação do trabalho de Janaína que, como designou Aline, foi um “esforço de restituição de sua identidade”. Janaína passa a procurar em objetos concretos algo que a identifique. Ela diz: “Sem eles colados no corpo, fico perdida, retardada mental”. Veste-se com inúmeras roupas, uma em cima da outra. “Faço moda... é para dar valor a minha pessoa”. Para sair de seu quarto, precisa levar seus pertences consigo. Escreve seu nome em todos os seus objetos. Pede um crachá à estagiária, e que escreva nele o nome do hospital, seu número e “paciente educada, amada e organizada”.

Mesmo fazendo esse trabalho, Janaína volta a dizer que seu corpo dói, que tem um buraco no céu da boca e que sua língua é cortada. A solução? Operar seu corpo inteiro. Pede à estagiária que tenha paciência.

O trabalho de colocar etiquetas, de dar nome às suas coisas parece servir para Janaína como âncoras que fazem o rastro de um percurso. Com o auxílio do seu nome, ela identifica o que é seu. Sem a concretude desse trabalho e, a presença de alguém que a ajude a fazer isso, ela não consegue minimamente se organizar. Com isso, ela traça um caminho seu, um percurso, que lhe dá um pouco de estabilidade. Estabilidade concreta: lhe dá chão, contorno para o próprio corpo. Ela foi formando, aos poucos, com paciência, um circuito: o refeitório, seu quarto, o albergue, a estagiária, suas roupas, seus objetos pessoais, alguma oficina... Junto dela, ajudam-na a permanecer unida, mesmo que precariamente, sujeita a novas crises e invasões. Podemos sugerir que o trabalho de construção de uma identidade – como chamou a

estagiária – lhe permitiu uma circulação melhor no Outro social. Um efeito disso foi que sua fala, antes marcada pela desorganização e pelo tom infantil, passou a se fazer compreensível. Através desse trabalho, quase que colado a ela, Janaína pôde ganhar mais *autonomia*, no sentido de que pôde circular melhor no mundo “compartilhado”. Nesse sentido, concordamos Tykanori (1996), quando sugere o ganho de *autonomia* como relacionado à quantidade de vínculos. No entanto, acrescenta-se a idéia de um vínculo qualitativamente distinto. O vínculo que se trata neste caso, foi especial. Foi de alguém que estava lá, com ela, sustentando ouvi-la sem nada entender, sem esperar nada.

Desse vínculo “especial”, surgiu a criação desse trabalho. Vemos que o que foi criado para estabilizá-la, para barrar a confusão alucinatória, foi um processo, um trabalho subjetivo, em movimento e não algo estanque. Assim, talvez possamos arriscar dizer que um *sinthoma* foi criado por ela e que talvez ele corresponda a esse trabalho de nomeação, de criação de um circuito próprio. Nesse sentido, podemos entender o *sinthoma* como um movimento subjetivo, circulação, mais do que um produto fixo³.

No caso de Janaína, o circuito ainda é muito precário. Ela precisa da concretude da presença das pessoas e coisas diariamente, sem as quais, não se sustenta. Será que um dia ela poderá “subjetivar” alguma coisa, ou seja, passar deste algo que a sustente a partir da concretude das pessoas e coisas a uma versão de seu circuito em termos de significantes? Não sabemos. O que nos interessa aqui é mostrar como a *autonomia*, relacionada a um tipo ‘especial’ de vínculo, proporciona uma estabilização, no sentido de Gueguen (2002): de ‘homeostase sintomática’.

Talvez, num outro momento, possamos avançar sobre a relação da estabilização com o que chamamos de ‘vínculo especial’.

4 Autonomia, estabilização e atenção psicossocial

Voltando à particularidade dos casos de pessoas candidatas a moradores de RTs e moradores de RTs... No HPJ, por exemplo, aqueles que moram no hospital estão lá

³ Vieira, 2005b, inédito.

depois de terem passado por um processo de inúmeras tentativas de retornar a uma vida fora do hospital. Não se trata de pessoas que ali estão em decorrência do abandono. Há todo um trabalho feito há mais de 10 anos, com o objetivo de inclusão social. Mesmo assim, essa saída se torna difícil pelo limite imposto pelo dispositivo hospitalar, bem como pela forma como a psicose se mostra nesses sujeitos. A longa permanência, nesses casos, é da psicose como algo mais agudo do que estável.

Ao mesmo tempo, deparamo-nos com respostas surpreendentes quando esses pacientes saem do hospital. A loucura permanece igual. No entanto, verificamos - em alguns casos desses pacientes que foram para uma RT - pequenas mudanças no modo como circulam no social, como se cuidam, como falam de si, como estão na vida... São efeitos que, de fato, dizem respeito ao ganho de *autonomia*. Nesse sentido, a autonomia se verifica em termos mais objetivamente externos, comportamentais. O que podemos acrescentar a isso?

A partir da experiência no INS, podemos constatar que algo nesse esquema (estabilização mínima – saída do hospital – ganho de *autonomia*) escapa. Escapa, porque, justamente, a estabilização é instável. Dado o fato particular, de cada sujeito com seu sintoma em seus encontros com o Outro, a *autonomia* e toda a conquista comportamental, podem, em nada, segurar ou prevenir uma crise. Nesse ponto de escape, a psicanálise pode ser chamada a falar, a ajudar. Num exercício nada fácil, o analista procura, então, interrogar os saberes constituídos e saber do sujeito: o que ele diz e não o que faz. Esta dissertação tenta também encenar esse diálogo, na procura de encontrar alguma direção quanto à posição para trabalho do analista no campo da saúde mental.