

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Adriana Condessa Torres

MODOS DE USO DE UM GRUPO DE OUVIDORES DE VOZES POR PSICÓTICOS

Belo Horizonte

2019

Adriana Condessa Torres

MODOS DE USO DE UM GRUPO DE OUIDORES DE VOZES POR PSICÓTICOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica De Minas Gerais.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Cristina Moreira Marcos

Belo Horizonte

2019

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

T693m Torres, Adriana Condessa
Modos de uso de um grupo de ouvidores de vozes por psicóticos/ Adriana
Condessa Torres. Belo Horizonte, 2019.
107 f. : il.

Orientadora: Cristina Moreira Marcos
Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

1. Lacan, Jacques, 1901-1981. 2. Alucinações e ilusões. 3. Delírio -
Psicologia. 4. Psicoses. 5. Psicopatologia. 6. Doenças mentais. I. Marcos,
Cristina Moreira. II. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa
de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

SIB PUC MINAS

CDU: 616.89

Ficha catalográfica elaborada por Fernanda Paim Brito - CRB 6/2999

Adriana Condessa Torres

MODOS DE USO DE UM GRUPO DE OUIDORES DE VOZES POR PSICÓTICOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica De Minas Gerais.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Cristina Moreira Marcos

Prof.^a Dr.^a Cristina Moreira Marcos – PUC Minas (Orientadora)

Prof. Dr. Octavio Domond de Serpa Júnior (Banca Examinadora)

Prof.^a Dr.^a Aline Aguiar Mendes Vilela (Banca Examinadora)

Belo Horizonte, 18 de Fevereiro de 2019.

*À minha mãe, Elmaz, que me fez acreditar,
desde muito cedo, que eu poderia me amparar
no caminho do conhecimento.*

AGRADECIMENTOS

À Cristina Marcos, que acolheu, com curiosidade e rigor teórico, a orientação de uma pesquisa que propunha uma aproximação da teoria psicanalítica sobre a psicose a uma tecnologia de cuidado em saúde mental, ainda desconhecida em nossas práticas profissionais. Sua aposta, de que este encontro seria cabível, foi encorajadora.

À CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), que permitiu um avanço de crescimento teórico inestimável para minha formação pessoal e profissional. Reitero, ainda, meu respeito a esta área do Ministério da Educação, que impulsiona avanços nas áreas do conhecimento essenciais para a evolução de uma sociedade democrática.

À Prefeitura Municipal de Coronel Fabriciano/MG, nas pessoas dos gestores e colegas parceiros de trabalho, nos meus vinte anos de exercício criativo e comprometido com a saúde pública e, em especial, com a saúde mental. Agradeço, também, aos inúmeros e inesquecíveis ouvidores de vozes do Centro de Atenção Psicossocial em que trabalhei, pois foram eles que me ensinaram sobre o trabalho da psicose e com o psicótico.

Meu agradecimento às colegas de mestrado e grupo de orientação, Laila Parreiras e Edwiges de Oliveira, pelas trocas e apoio entre pares nos momentos de intensas e severas desorientações.

À Associação Loucos por Você, pela resistência aos ideais que a sustentam. Agradeço também pela prontidão em ceder espaço, material humano e pílulas de encorajamento ao Grupo de Ouvidores de Vozes ali operacionalizado: lindo de viver!

À Juliana Ferreira, pelo suporte na operacionalização do Grupo de Ouvidores de Vozes, nas transcrições dos encontros e tantos outros socorros que me destinou.

Aos amigos, parceiros de vida e de trabalhos, aqui representados por Juliana Corrêa e Cássia Túlio, que me destinaram incentivos e interlocuções importantes nesta trajetória e em outras tantas! Agradeço especialmente à Maria Angélica Vaccarini, pelo encorajamento para a entrada no mestrado, pela construção parceira a respeito

da ideologia e funcionamento do Grupo de Ouvidores de Vozes e pela leitura atenta e cuidadosa desta pesquisa. Gratidão!

Meu agradecimento mais especial para Weber, que me possibilitou idas e vindas à PUC/Minas, cuidando do que temos de mais valioso, nossa família. Obrigada pelo amor e parceria nos caminhos de superação.

À Luiza e Heitor, por existirem em minha vida!

RESUMO

Esta pesquisa se dedica a investigar os modos de uso de um Grupo de Ouvidores de Vozes por psicóticos, através da metodologia de Estudo de Caso Clínico em Psicanálise, onde o grupo será o caso a ser estudado. O objetivo é verificar os modos de uso de um dispositivo como este pelos participantes do referido grupo, através do compartilhamento de seus relatos discursivos, sobre a experiência de ouvir vozes e as maneiras encontradas para conviver com esta realidade em suas vidas. Para tal intento, faz-se um percurso sobre o que é o Grupo de Ouvidores de Vozes, a Abordagem de *Recovery* em Saúde Mental e as contribuições da teoria psicanalítica a respeito das psicoses, com realce especial sobre a alucinação verbal. Em Freud, destaque é dado às formulações a respeito da função da alucinação na psicose e, em Lacan, às suas inovações sobre a voz como objeto *a* e sua relação com a psicose. A pesquisa demonstrou que os participantes tiveram maneiras diversas e particulares de utilização do Grupo, mas de acordo com uma lógica própria à psicose. As narrativas foram referentes às suas tentativas de dar algum sentido para a presença das vozes em seus contextos de vida, em um exercício de apresentação de suas formulações delirantes, das ausências de formulações e das tentativas de enlaçamentos, a partir das construções possíveis a cada um ali presente.

Palavras-chave: Abordagem de *Recovery*. Grupo de Ouvidores de Vozes. Psicose. Alucinação verbal. Objeto voz.

ABSTRACT

This research is dedicated to investigating the means of use of a Hearing Voices Patients Group by psychotic patients through the methodology of Clinical Case Study in Psychoanalysis, where a group will be studied. The aim is to verify the means of use of such a device by said group's participant patients, through the sharing of their discursive narrative, about the experience of hearing voices and the found means to live with this reality in their lives. For such purpose, a trajectory is elaborated on what the Hearing Voices Patients Group is, the Recovery Approach in Mental Health Care and the contributions of the psychoanalytical theory to psychosis, with special highlight to verbal hallucinations. In Freud, formulations referring to the function of hallucination in psychosis stand out, in Lacan, a highlight is given to his innovations on the voice as object *a* and its relation to psychosis. The research showed that the participants had different and peculiar manners of utilizing the Group, but according to the logic characteristic to psychosis. The narratives referred to their attempts of giving some meaning to the presence of the voices in their life context, in an exercise of presentation of their delirious formulations, of the absence of formulations and the attempts of bonding, based on the possible constructions for each participant present in the Group.

Keywords: Recovery Approach. Hearing Voices Patients Group. Psychosis. Verbal Hallucination. Object Voice.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
CAPÍTULO 1 – HORIZONTES PARA A REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL NO BRASIL	21
1.1 A Abordagem de <i>Recovery em Saúde Mental</i>	21
1.2 O Grupo de Ouvidores de Vozes	31
CAPÍTULO 2 – A PSICANÁLISE E O RESGATE DA SUBJETIVIDADE	41
2.1 O valor da subversão da nosologia psiquiátrica pela psicanálise	41
2.2 A alucinação sob o ponto de vista psicanalítico	47
2.2.1 <i>Freud e a função da alucinação na psicose</i>	47
2.2.2 <i>O que disse Lacan sobre a alucinação</i>	53
2.2.2.1 <i>A ordenação subjetiva da psicose e a alucinação verbal</i>	53
2.2.2.2 <i>A voz como objeto a e os efeitos da sua não extração na psicose</i>	61
CAPÍTULO 3 – O CONTATO É O MELHOR CUIDADO	67
3.1 O Método.....	67
3.1.1. <i>A Associação Loucos Por Você</i>	68
3.1.2 <i>Composição e operacionalização do grupo</i>	69
3.2 O Grupo de Ouvidores de Vozes Loucos Por Você	71
3.2.1 <i>A voz que insiste, insiste, e não descansa: sobre o caráter invasivo das vozes</i>	71
3.2.2 <i>Aí eu vou ver até onde você vai aguentar: quando ou como conseguem se afastar das vozes</i>	75
3.2.3 <i>Como nós são milhares no mundo inteiro: os encontros no grupo</i>	83
4 CONCLUSÃO	95
REFERÊNCIAS.....	99
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	105
ANEXO A - Termo de Compromisso Associação Loucos Por Você.....	107

INTRODUÇÃO

O campo da Saúde Mental no Brasil é fortemente marcado por movimentos potentes e revolucionários como a Reforma Psiquiátrica Brasileira e o Movimento de Luta Antimanicomial, que nortearam, através de ideais democráticos e de direitos humanos, as metodologias de trabalho em uma ampla Rede de Atenção Psicossocial, que se estende por todo o país. A Reabilitação Psicossocial, que também é um produto da Reforma, possui ações ainda bastante restritas, pois uma vida mais ativa, para além dos espaços de tratamento, ainda se coloca como grande desafio no que diz respeito aos psicóticos que frequentam os serviços da saúde mental. Os entraves à reabilitação psicossocial devem-se a vários fatores e, dentre eles, é possível destacar as limitações colocadas pela própria constituição dos sofrimentos psíquicos mais graves apresentados nas psicoses, as severas desigualdades sociais e a cultura geral de grande preconceito com o adoecimento psíquico. O que geralmente se espera é que os tratamentos consigam uma remissão total dos fenômenos característicos da psicose, ou seja, que se efetive o desaparecimento completo das alucinações e dos delírios, para depois envolver o psicótico em novos projetos pessoais de convivência, trabalho e outros. Estas expectativas muito contribuem, por fim, para uma vida bastante restrita apenas aos espaços de tratamento, pois na prática estes ideais geralmente não se efetivam.

Como uma proposição de enfrentamento de alguns dos desafios apresentados acima, a Abordagem de *Recovery* em Saúde Mental pode ser destacada como uma importante via de avanço para a Reabilitação Psicossocial no Brasil. Esta Abordagem reflete uma linha de raciocínio estratégico para a reabilitação no campo da saúde mental, que valoriza, de maneira mais contundente, a retomada ou tomada de papéis na vida em geral do psicótico, pois pretende dar um realce, uma valorização, ao caminho de reabilitação que o sujeito tenta assumir, que na maioria das vezes estará marcado pela presença definitiva de alguns sintomas. O termo *recovery* quer dizer recuperação, restabelecimento ou reconquista, e a Abordagem de *Recovery* em Saúde Mental defende, portanto, uma recuperação das consequências do desencadeamento de uma psicose e não uma reversão da estrutura psíquica da mesma, abrindo assim caminhos para outros

entendimentos sobre o processo de recuperação após um adoecimento psíquico mais grave.

Devido ao horizonte que esta proposta abre para o campo da saúde mental - de considerar o processo de restabelecimento, de convivência com alguns sintomas para toda a vida e não de uma cura total do sofrimento psíquico - no percurso desta pesquisa será realizada uma revisão bibliográfica a respeito da Abordagem de *Recovery* em Saúde Mental, para posteriormente se apresentar o que é o Grupo de Ouvidores de Vozes. Enquanto a Abordagem se refere a um movimento, com uma filosofia mais elaborada quanto ao processo de recuperação pessoal, o Grupo constitui-se enquanto um dispositivo de cuidado, de abordagem do sofrimento causado pela audição de vozes, sem a necessidade de remissão total dos sintomas. Os dois são, portanto, contemporâneos e partilham ideais de protagonismo dos psicóticos.

É preciso lembrar que, além de uma dimensão política, a clínica da psicose necessita também de um embasamento teórico, pois as dimensões clínica e política são convocadas a todo o momento na lida deste delicado contexto de abordagem de pacientes psicóticos, seus familiares, sua comunidade e os serviços assistenciais. Para tanto, faz-se necessário um desenvolvimento de habilidades que vão desde o entendimento de políticas de saúde mental e legislações específicas até o mais apurado sentido do que se intitula clínica da psicose, que encontra na psicanálise as construções teóricas de que muito nos servimos.

Como terapeuta ocupacional, tenho atuação na área da saúde mental desde a formação acadêmica, com longos anos de experiência na atenção à crise. Uma das mais difíceis realidades verificadas na clínica com a psicose é a falta de perspectivas de uma inclusão do psicótico, já fora da crise, em relação aos espaços sociais, trabalho e geração de renda, por exemplo, explicitando assim o protagonismo mais efetivo dos mesmos como grande desafio para o campo da saúde mental. Esta realidade, complexa, de trabalho na saúde mental, onde é necessária uma articulação clínica e política, foi o que causou uma aproximação, em meu percurso, com a Psicanálise, de forma que me fosse possível encontrar instrumentos teóricos para lidar com os impasses dos ideais da inclusão e da cura, junto à psicose. É, portanto, com um olhar propositivo que me atento às novas, inéditas e infinitas maneiras de invenções subjetivas do psicótico, principalmente àquelas que podem abrir novos rumos para uma vida com mais autonomia e sentido

para os mesmos. Foi dentro desta perspectiva de atuação que, no ano de 2016, através da tomada de conhecimento sobre a Abordagem de *Recovery* em Saúde Mental e de estratégias que se enquadravam dentro desta lógica, ouvi, pela primeira vez, que estava sendo replicado em vários países, inclusive no Brasil, um grupo chamado de Grupo de Ouvidores de Vozes. Ao escutar o nome do referido grupo, várias questões me inquietaram e um trabalho de investigação posterior foi se desenvolvendo, até a apresentação desta dissertação.

A pesquisa aqui desenvolvida parte inicialmente de uma investigação a respeito de um Grupo de Ouvidores de Vozes, que se enquadra dentro do que se denomina estratégia protagonista de usuários no campo da saúde mental. O referido grupo foi idealizado e operacionalizado pela primeira vez por um psiquiatra holandês e uma de suas pacientes, que possuía um diagnóstico de esquizofrenia. Eles inventaram um dispositivo, uma maneira inédita para o psicótico se manifestar, sob o seu ponto de vista, a respeito de sua experiência com as vozes, para interlocutores que também eram ouvidores de vozes. O Grupo reclama, como um de seus princípios de funcionamento, que sua operacionalização possa se dar em espaços não formais de tratamento da saúde mental e reivindica uma maior aceitação do fenômeno de ouvir vozes, pois entendem que isto faz parte de suas realidades psíquicas. Assim, é possível entender que o Grupo de Ouvidores de Vozes enquadra-se dentro da lógica da Abordagem de *Recovery* em Saúde Mental, o que justifica, portanto, que os dois assuntos sejam desenvolvidos no primeiro capítulo desta dissertação, intitulado *Horizontes Para a Reabilitação Psicossocial no Brasil*.

Uma vez localizado o que é o Grupo de Ouvidores de Vozes e sua aproximação com a Abordagem de *Recovery*, uma pergunta deve se precipitar para muitos profissionais que trabalham com a psicose, e que tem a psicanálise como referencial teórico: como o psicótico pode se utilizar de um trabalho neste tipo de arranjo grupal? Esta questão se ampara em bases teóricas e práticas, quando levamos em conta a teoria das psicoses, principalmente a do primeiro ensino de Jacques Lacan, pois o psicótico, marcado que está pela impossibilidade metafórica da linguagem, não costuma se deixar afetar por sugestões e interações de diversas ordens, que geralmente é a tônica de um dispositivo grupal. Mas ao mesmo tempo, para estes mesmos profissionais, a notícia de que os psicóticos tem se aderido voluntariamente a esta estratégia, apresenta-se como motivo genuíno de curiosidade, pois quem trabalha com os mesmos necessita exercer a capacidade de

se atentar às diferentes maneiras que apresentam para lidar com o sofrimento que os afeta.

Uma aproximação prática e teórica com o dispositivo do Grupo de Ouvidores de Vozes para esta pesquisa exigiu um entendimento sobre uma formulação dos propagadores do grupo, a saber, de que o fenômeno de ouvir vozes não é exclusivo da psicose. Esta foi uma retórica muito presente na literatura disponível e no I Congresso Nacional de Ouvidores de Vozes, realizado em 2017, na cidade do Rio de Janeiro/RJ, que logo criou um impasse para a pesquisadora, e que foi resolvido através da decisão de se realizar uma pesquisa sobre um grupo que seria composto por pessoas que ouviam vozes, dentro de uma estrutura psíquica do tipo psicose. Este esforço de compreensão e elaboração foi central para a organização desta dissertação, que parte inicialmente de algumas perguntas: de que maneiras pode o psicótico utilizar um dispositivo grupal para conseguir algum alívio em relação às vozes? Que arranjo novo é este, de uma estratégia em grupo, que abre espaço à palavra para dizer das vozes? O que eles têm a dizer sobre as vozes? O que as vozes dizem deles? Vão ali falar das vozes ou deles em relação às mesmas?

Para tal intento, um percurso pela teoria psicanalítica e o que ela aponta como Teoria da Psicose, será acessada no segundo capítulo, intitulado *A Psicanálise e o Resgate da Subjetividade*. Inicialmente, a discussão a ser tomada diz respeito à subversão da nosologia psiquiátrica pela psicanálise, e o que isto trouxe de inovador para a clínica da loucura. A teoria psicanalítica da psicose, com enfoque nos produtos teóricos a respeito da alucinação, será percorrida em Freud – que se debruça sobre a função do delírio e alucinação na psicose - e em Lacan, que partindo de um retorno a Freud, principalmente sobre sua análise acerca das memórias do caso Schreber, desenvolve uma teoria sobre a psicose e toma, assim como Freud fez com a neurose, a palavra do psicótico como importante para a definição do diagnóstico e condução de um tratamento possível ao mesmo.

Assim, o primeiro ensino de Lacan sobre a psicose será tomado como referencial, de forma a compreender-se como se dá a ordenação subjetiva nesta estrutura psíquica e os efeitos da forclusão do Nome-do-Pai, colhidos na relação com a linguagem. Dentre estes efeitos, a alucinação, entendida até então por muitos da psiquiatria como uma percepção sem objeto, é subvertida por Lacan, que formula que a percepção dos objetos é sempre operada dentro do campo da linguagem. Desta maneira, o fenômeno alucinatório auditivo, que diz respeito ao conteúdo desta

pesquisa, será então abordado, de acordo com o postulado lacaniano, como fenômeno alucinatorio verbal, pois trata-se de uma alucinação do verbo, e não da audição enquanto um sentido. Na sequência será explanado sobre o objeto voz para a psicanálise, como Lacan o conceitua como objeto *a* e quais os efeitos que a não inscrição numa lógica fálica tem sobre a relação do sujeito com os objetos e, no caso aqui em específico, com a voz enquanto objeto *a*.

Nesta dissertação utilizaremos uma metodologia de Estudo de Caso Clínico, pertencente a uma modalidade de Pesquisa em Psicanálise, que será apresentada no terceiro capítulo, intitulado *O Contato é o Melhor Cuidado*. O grupo tomado como estudo, no referido capítulo, será o *Grupo de Ouvidores de Vozes Loucos Por Você*, montado pela pesquisadora para esta pesquisa, com a finalidade de se verificar os modos de uso de um dispositivo desta ordem por psicóticos. O estudo foi realizado através dos relatos discursivos dos participantes, com enfoque nas maneiras como lidam com as vozes no seu cotidiano, os efeitos dos compartilhamentos de suas construções e quais produtos que, encontros desta natureza, podem oferecer para os mesmos.

Enfim, a intenção central é a de verificar, numa interseção entre esta invenção na área da saúde mental e a teoria psicanalítica, o que os psicóticos tentam reatualizar no nosso tempo, como saídas para o sofrimento psíquico. O desafio é o de fazer operar uma verificação, de como estas duas frentes, uma prática - o grupo com ouvidores de vozes psicóticos - condizente com uma realidade própria de um campo de trabalho, e outra teórica - de base psicanalítica - podem se afetar e apresentar, uma à outra, contribuições que lhe sejam próprias. Assim, a seguir será apresentado o desenvolvimento desta pesquisa, denominada *Modos de Uso de Um Grupo de Ouvidores de Vozes Por Psicóticos*.

CAPÍTULO 1 – HORIZONTES PARA A REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL NO BRASIL

1.1 A Abordagem de *Recovery em Saúde Mental*

O movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, amparado principalmente nas tradições da psiquiatria democrática italiana, liderada por Franco Basaglia, e na psiquiatria francesa, marcada por forte influência psicanalítica, deixaram como produtos a possibilidade e necessidade do embate político, de combate ao manicômio e da extinção do hospital psiquiátrico e a valorização do debate teórico-clínico no campo da loucura (PASSOS, 2009). O Brasil é um país que possui uma tradição marcante de ações dentro da Reforma Psiquiátrica e um forte diferencial diz respeito ao movimento da Luta Antimanicomial, pois foi através deste que se conseguiu maior envolvimento da sociedade civil no processo reformista, na medida em que sempre envolveu técnicos da saúde mental, usuários e familiares em torno de um lema, o antimanicomial. Não se deve ainda deixar de sublinhar a importância da

Reforma Sanitária Brasileira, com as conquistas da Constituição de 1988 (por exemplo, a definição ampliada da Saúde, afirmada como direito e dever do Estado), a criação e consolidação de um Sistema Único de Saúde, a valorização de conceitos como descentralização, municipalização, território, vínculo, responsabilização de cuidados, controle social, etc. (MINAS GERAIS, 2007, p. 31).

Os princípios defendidos por tais movimentos foram concretizados na legislação específica que orienta os modelos de atenção em saúde mental no Brasil, ou seja, a Lei 10.216/2001¹ e a Portaria 3.088/2011². Tais princípios, além de defender as conquistas efetivadas até o momento, servem para nortear movimentos e atos de resistência sobre insistentes forças segregativas. É fato evidente que muito se avançou nas últimas décadas no que diz respeito ao modelo assistencial e na maneira de conceber a loucura, porém há ainda enormes entraves ao exercício da cidadania e protagonismo dos usuários da área da saúde mental e muitas são as

¹ Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

² 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 (SUS).

forças de poder que tentam insistentemente fazer vigorar a lógica da exclusão e da incapacidade da loucura.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira e o movimento de Luta Antimanicomial possibilitaram então uma passagem histórica da vida encarcerada nos manicômios para a vida no território social. Estes movimentos transformaram e ainda transformam a maneira de entender, abordar e cuidar de pessoas com adoecimentos psíquicos de maior gravidade no Brasil e no mundo, pois uma vez que a vida passa a se estabelecer no território social, ideias de retomada ou de tomada de papéis familiares, sociais e ocupacionais passam a se apresentar como uma necessidade, como um horizonte a ser alcançado. É a partir deste contexto que a Atenção Psicossocial entra no cenário das políticas de saúde mental como norte para os cuidados, ou seja, como um produto desta evolução política e histórica. Com ela também se abre o horizonte da Reabilitação Psicossocial, que pretende fazer avançar o alcance de outras conquistas importantes para uma vida em liberdade.

Segundo Benedetto Saraceno (2001), eventos distintos como a desospitalização psiquiátrica, o aumento da sensibilidade quanto aos direitos humanos dos que viviam em manicômios e as heterogeneidades das evoluções dos quadros de psicóticos contribuíram para o aparecimento da reabilitação psicossocial. O referido autor, que é um dos maiores representantes do esforço teórico para estabelecer os principais parâmetros sobre o processo de reabilitação em saúde mental, desenvolve, sobre o interesse pela reabilitação, que a mesma vem de uma exigência de resposta “[...] à demanda de “entretenimento extramanicomial” e, em alguns casos, de melhora da qualidade da assistência de grandes massas de pacientes [...]” (SARACENO, 2001, p. 24).

A Reabilitação Psicossocial se baseia na noção de Reabilitação Física, que aborda a recuperação de déficits ortopédicos ou neurológicos resultantes de algum tipo de patologia e se fundamenta em modelos variados, que pretendem aumentar as habilidades ou diminuir as dificuldades dos indivíduos, através de ações que podem melhorar a função ou a acessibilidade. Os movimentos e estudos sobre as desabilidades, na área da reabilitação física, surgiram no final dos anos setenta e marcaram o crescimento de uma oposição entre dois modelos - o modelo médico e o modelo social das desabilidades. O modelo médico entende a desabilidade como uma condição física, própria do indivíduo, de causa orgânica, enquanto o modelo

social é marcado por uma lógica que considera a desabilidade como uma construção social divergente da normalidade (OLIVEIRA, 2012).

As estratégias de reabilitação psicossocial, amparadas inicialmente no modelo da reabilitação física, tem uma proposta mais próxima ao modelo social das desabilidades, pois o adoecimento psíquico grave é marcado por uma construção social a respeito do que é normal e do que é patológico. Portanto, estão sujeitas a variáveis como o contexto onde são realizadas, as condições socioeconômicas e culturais dos países e as necessidades individuais.

Assim, o conceito de Reabilitação Psicossocial pode ser definido como:

[...] um processo que oferece aos indivíduos que estão desabilitados, incapacitados ou deficientes em virtude de transtorno mental a oportunidade de atingir o seu nível potencial de funcionamento independente na comunidade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1995, p. 1).

Desta forma, para a área da saúde mental, apesar da noção mais básica de reabilitação poder ser transportada, existem muitos outros impedimentos subjetivos, culturais e sociais que não se prestam a treinamentos e repetições. Os modelos de reabilitação na área da saúde mental não seguem, portanto, os mesmos parâmetros da reabilitação na área física, pois precisam se amparar em outros pilares, de retomadas que implicam “um exercício pleno de cidadania e, também, de plena contratualidade nos três grandes cenários: habitat, rede social e trabalho com valor social” (SARACENO, 1996).

O campo da saúde mental abarca um contingente de indivíduos que possuem maneiras diversas de lidar com a realidade e com o outro e, portanto, não se encaixa facilmente em protocolos, pois além dos quadros psicóticos, existe também um entorno social e cultural fortemente determinante do curso das patologias. Desta forma podemos entender que uma “[...] intervenção sobre a psicose tem sentido, desde que conduzida sobre “todo o campo”, influenciando assim sobre a complexa constelação de variáveis que constituem os fatores de risco e os de proteção” (SARACENO, 2001, p. 30).

A evolução de um modelo biomédico para outro mais complexo, psicossocial, implica na atuação de vários atores e de ações diversas, interligadas ao campo legislativo, político, social e econômico (SARACENO, 2001). Um avanço significativo de processos de reabilitação psicossocial ainda é um desafio em vários países, inclusive no Brasil. Como nos conduz a pensar Roberto Tikanory Kinoshita (1996), a passagem da situação de desvalor do doente mental para participação efetiva nas

trocas sociais não é automática nem simples, pois possui tendência à persistência da exclusão e desvalia. Ir além deste patamar, assistencial e de acolhimento mais humanizado, se apresenta, portanto, como o grande desafio a ser vencido pelas ações e políticas de reabilitação psicossocial, que necessitam ajudar no processo de restituição do poder contratual, onde:

A contratualidade do usuário, primeiramente vai estar determinada pela relação estabelecida pelos próprios profissionais que o atendem. Se estes podem usar de seu poder para aumentar o poder do usuário ou não. Depois pela capacidade de se elaborar projetos, isto é, ações práticas que modifiquem as condições concretas de vida, de modo a que a subjetividade do usuário possa enriquecer-se, assim como, para que as abordagens terapêuticas específicas possam contextualizar-se (KINOSHITA, 1996, p. 57).

É fato que a loucura passou a fazer parte dos nossos espaços de convivência e os psicóticos começam, após anos de cuidados em liberdade, a reivindicar respeito pelas suas maneiras de viver, pelas suas escolhas quanto às formas de convívios e estilos, quanto ao não convívio, enfim, às diversas maneiras de viver possíveis a cada um. Com isto começa então a tomar maior destaque e enfoque a crença de que o protagonismo dos usuários precisa ser mais fortalecido, pois a vida de pessoas com sofrimento psíquico de maior gravidade precisa seguir para além dos serviços de saúde mental, é preciso alcançar poder de contratualidade. Porém, este protagonismo se coloca ainda como grande desafio, tanto para a manutenção desta lógica arduamente construída até então, como também para a possibilidade de avanço frente aos retrocessos que a lógica manicomial sempre insiste em perpetuar.

Dentro de uma proposta de superação deste desafio, temos em desenvolvimento há alguns anos no Brasil a Abordagem de *Recovery* em Saúde Mental, que representa uma inovadora estratégia em saúde mental e que atualiza, de forma mais pragmática, os lemas de um convívio persistente com alguns sintomas da loucura e de maior protagonismo do usuário. A Abordagem de *Recovery* vai ao encontro do processo de evolução da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da Reabilitação Psicossocial, colocando em debate, inclusive, o que a perspectiva de *recovery* traz de novidade para o cenário da Atenção Psicossocial no Brasil.

Segundo Teresa Duarte (2007), o termo *recovery*, utilizado na área da saúde mental, advém da perspectiva anglo-saxônica da reabilitação psicossocial, que orienta a política de saúde mental nos EUA, desde o final da década de 90, quando

diversos estados americanos introduziram o *recovery* nas discussões das políticas públicas e nas práticas dos sistemas de saúde mental. Para Willian Antony (1993), as bases conceituais da Abordagem de *Recovery* advêm principalmente da noção de recuperação das patologias neurológicas, que na grande maioria das vezes imprimem a necessidade de convivência com sequelas permanentes.

O termo *recovery* não se presta a fácil tradução para a língua portuguesa, mas a ideia implícita quer dizer recuperação pessoal, restabelecimento, fortalecimento ou reconquista. Segundo Antony (1993) o conceito de *recovery* é considerado multidimensional e pode estar em evolução mesmo sem o alívio completo dos sintomas e até mesmo com episódios de recaídas. Assim, estar em processo de recuperação pessoal diz de uma retomada ou tomada de projetos de vida.

O referido autor lembra ainda que todas as pessoas passam por situações catastróficas em algum momento da vida e que cada um encontra uma maneira particular de lidar com as consequências disto. Porém, em casos de boa recuperação, sempre ocorre uma mudança pessoal em relação aos fatos catastróficos, onde os mesmos são retirados do centro da vida, abrindo assim perspectivas para novos projetos. Desta maneira podemos entender que estar em processo de recuperação pessoal em saúde mental consiste em uma tomada de posição diferente frente ao adoecimento e/ou fenômenos persistentes, contingentes, de forma a se conseguir planejar e perseguir os projetos possíveis e desejados.

Há uma concordância entre os teóricos do assunto de que a melhor maneira para se compreender o que é *recovery* é a partir das narrativas pessoais das pessoas com transtornos mentais que conseguiram se restabelecer e retomar projetos de vida, ou seja, que tiveram experiências pessoais de recuperação (DUARTE, 2007). A ideia de um estado de recuperação pessoal finalizado não encontra sentido em sua definição, já que a essência da mesma se localiza no seu processo e não em seu fim, pois não se convém idealizar um estado de total e finalizada recuperação na área da saúde mental (ADEPONLE et al, 2012). A Abordagem de *Recovery* em Saúde Mental supõe então avanço da autonomia e empoderamento dos psicóticos, apesar das limitações impostas pelos desencadeamentos e que, mesmo após significativas melhoras, conquistadas muitas vezes em longos anos de elaborações psíquicas, demonstram a persistência de fenômenos como atividades delirantes ou alucinações. Está, portanto, de muitas

maneiras, intimamente ligada a transformações ideológicas, sociais, ambientais e culturais e consiste, por fim, em um processo pessoal e coletivo de mudanças que pode levar a uma vida ativa e com participação social, mesmo com as limitações associadas aos sintomas.

Adeponle et al (2012) realizam um estudo transcultural do conceito de *recovery*, que considera as raízes sociais e culturais sobre este enquanto uma luta de visões, valores e sistemas de conhecimento concorrentes. Partem da constatação de que não há na literatura um consenso quanto à definição do que é *recovery*, que possui uma natureza conceitual muito abstrata. Os autores consideram que apesar de não haver este consenso conceitual, há concordância de que o processo envolve muitas dimensões do contexto de vida da pessoa, com elementos ligados diretamente ao indivíduo e outros ligados profundamente à estrutura comunitária, que fornece condições para a jornada de recuperação individual. Lembram ainda que *recovery* nos EUA tem base individualista, coincidente com a degradação dos valores cooperativistas dos anos oitenta e uma baixa da crença quanto ao valor de reformas sociais, com conseqüente crescimento do espírito neoliberal, onde o convite é por uma gestão autoempreendedora. Por este motivo os principais fatores contribuintes e convocados no processo de recuperação pessoal nos EUA são autoresiliência, autodomínio, autocompetência, autodireção e outros que não consideram, portanto, os determinantes sociais do processo.

O estudo citado acima (ADEPONLE et al, 2012) procura demonstrar ainda como as diferenças culturais podem influenciar o processo de recuperação pessoal, ou seja, em uma cultura egocêntrica os indivíduos são responsabilizados pelo alcance e manutenção de seu próprio bem estar; na cultura sociocêntrica os sistemas de cura envolvem e responsabilizam família e comunidade e, em sociedades ecocêntricas, os processos de cura estarão relacionados, portanto, com o meio ambiente como um lugar físico e influenciador na vida humana (povos indígenas como exemplo).

Vale ressaltar que a dinâmica destes processos no Brasil muito se diferencia da dinâmica individualista dos EUA, por exemplo, pois para os processos de recuperação pessoal dos psicóticos brasileiros, a família, a comunidade, a equipe de profissionais e outros atores fazem parte do processo de retomada de papéis e são determinantes para que se efetive uma recuperação pessoal dentro dos

pressupostos citados até aqui. O processo de recuperação pessoal estará, portanto, sempre marcado pelas nuances culturais de cada local e, por mais que sejam baseados em experiências de Abordagem de *Recovery* de outros países, as devidas particularidades sociais, culturais e territoriais devem ser levadas em conta e devidamente respeitadas.

Antony (1993), no artigo intitulado *Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s*, desenvolve uma reflexão sobre o estigma que a doença mental leva para a vida das pessoas e como as consequências disto são geralmente avassaladoras. Exemplifica este estigma com a constatação de que todas as pessoas que passaram por episódios catastróficos e que estão em processo de recuperação vivenciam uma gama de emoções, tais como culpa, depressão, isolamento, raiva, etc. Porém, para os doentes mentais em processo de recuperação pessoal, estas mesmas emoções são rotineiramente consideradas partes da doença e não parte do processo de recuperação, quando conclui: “a recuperação das consequências da doença é às vezes mais difícil do que se recuperar da doença em si” (ANTONY, 1993, p. 12, tradução nossa³).

O referido autor defende a qualidade do tratamento e cuidados que evitem recaídas como importantes no processo de recuperação pessoal e desenvolve que:

[...] os sintomas são aliviados não apenas para reduzir o desconforto, mas também porque os sintomas podem inibir a recuperação; que as crises são controladas não apenas para garantir a segurança pessoal, mas também porque as crises podem destruir as oportunidades de recuperação; que a proteção de direitos não só garante direitos legais, mas também que os direitos podem suportar a recuperação (ANTONY, 1993, p. 10, tradução nossa⁴).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) já propõe políticas orientadas pela lógica da recuperação pessoal, que se encontra no Plano de Ação em Saúde Mental 2013 – 2020, construídas no ano de 2012, com o propósito de elencar ações coordenadas entre os países para diminuir o impacto dos transtornos mentais no mundo, com proposições para serviços, políticas, legislações e outros.

A visão do plano de ação é um mundo em que a (...) saúde mental é valorizada, promovida e protegida, (...) e que pessoas afetadas com estes transtornos são capazes de exercitar a plenitude dos direitos humanos e de acessar (...) cuidado social e de saúde de maneira oportuna para promover

³ Recovery from the consequences of the illness is sometimes more difficult than recovering from the illness itself.

⁴ [...] symptoms are alleviated not only to reduce discomfort, but also because symptoms may inhibit recovery; that crises are controlled not only to assure personal safety, but also because crises may destroy opportunities for recovery; that rights protection not only assures legal entitlements, but also that entitlements can support recovery.

recovery, para atingir o nível mais alto de saúde possível e participar plenamente na sociedade e no trabalho, livre de estigma e discriminação. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013, citado por COSTA, 2017, p. 11).

Apesar dos apontamentos da ONU e do exemplo de sucesso em alguns países, a Abordagem de *Recovery* pressupõe muitos avanços ideológicos e práticos que ainda precisam ser superados. Mark Napoli Costa (2017) aponta importantes questões a respeito do diálogo entre aqueles pacientes mais organizados e os pesquisadores do campo da saúde mental que entendem ser necessário conseguir um avanço na autonomia dos usuários. Defende que o grande desafio consiste no avanço do protagonismo dos usuários dos programas de saúde mental e que este tem se apresentado como um caminho importante para o questionamento do saber do modelo biomédico que se centra muito na resolução e ou controle dos sintomas. Reconhece também que as severas desigualdades sociais no Brasil são um forte impedimento para o andamento do protagonismo dos usuários, pois a quase ausência de políticas públicas de moradia, geração de renda e trabalho se apresentam como importante obstáculo para a autonomia da pessoa com quadros mais severos de sofrimento psíquico, que muitas vezes fica atrelada a um rótulo de incapacidade para conseguir um benefício que garanta sua subsistência.

Assim, pode-se entender que a Abordagem de *Recovery* em Saúde Mental tem “também uma dimensão social e política, para além da pessoal, implicando a reclamação da igualdade de oportunidades, dos direitos civis e da cidadania.” (DUARTE, 2007, p. 129). Para tanto é imprescindível um sistema de saúde mental orientado para a recuperação e empoderamento, com existência de movimentos de usuários e familiares que desenvolvam os dispositivos de cuidado de si, ajuda e suporte mútuo, defesa de direitos, luta contra o estigma e fortalecimento do protagonismo no sistema de saúde mental e na sociedade, o que demonstra que a Abordagem de *Recovery* em Saúde Mental é mais próxima ao modelo social das debilidades do que ao modelo médico das mesmas.

Ainda é importante considerar o fato de que cada cultura interpreta sinais e sintomas das doenças mentais de forma diferente, o que nos leva a entender que as diferenças socioculturais influenciam a trajetória de recuperação pessoal das pessoas. As diferenças econômicas também imprimem outras conformações ou até mesmo a inexistência de serviços de saúde mental e escassos métodos de tratamento. O movimento de *recovery* tem muito a aprender com as experiências de

peças e comunidades pelo mundo afora, pois sempre é preciso considerar o contexto social, sistemas culturais e políticos de cada país ou região, de forma a auxiliar as pessoas com adoecimento mental no alcance de uma vida mais participativa e ativa (ADEPONLE et al, 2012).

Sobre o protagonismo de usuários da área da Saúde Mental no Brasil, o consenso é de que isto ainda é um movimento que necessita ser fortalecido, pois historicamente foram os profissionais que até agora alavancaram as principais ações, como nos aponta Eduardo Mourão Vasconcelos:

Nos países latinos mediterrâneos e particularmente latino-americanos, a desigualdade social/educacional e a cultura hierárquica hegemônica produz uma **relação fortemente hierárquica entre profissionais e os seus usuários e familiares**, gerando um sistema de saúde e mesmo um movimento sanitário e antimanicomial muito marcado pelo protagonismo dominante dos profissionais. A experiência italiana de reforma sanitária e psiquiátrica, nossa principal inspiração aqui no Brasil, também possui tal característica, gerando muito mais associações de familiares do que um protagonismo ativo dos usuários. Nas sociedades latinas e católicas, a representação difusa é de que são os profissionais que tratam e promovem a melhora dos identificados como os “pacientes” (VASCONCELOS, 2017, p. 56, grifo do autor).

Ainda segundo o mesmo autor, no Brasil há movimentos antigos dentro da lógica de *recovery*, como o trabalho de Nise da Silveira, com a Terapia Ocupacional pela via da arte e vários movimentos sociais populares que estimularam a participação direta, o empoderamento de grupos sociais oprimidos e a valorização da cultura popular. Ele cita alguns exemplos como o associativismo e o movimento cooperativo de trabalhadores, a educação popular de Paulo Freire e os movimentos feministas, além das associações de usuários e familiares, economia solidária, frentes de trabalho protegido, pontos de cultura e outros. A partir do ano 2000, afirma Vasconcelos (2017), começaram as primeiras iniciativas de difusão e publicação de ideias de empoderamento e *recovery* em saúde mental, diretamente influenciada pelo intercâmbio acadêmico com países anglo-saxônicos. Daí, como produto destes intercâmbios houve a criação de novas frentes de ações, onde o autor destaca a Versão Brasileira do Guia de Medicação Autônoma; o Projeto Familiares Parceiros do Cuidado; o Projeto Comunidade de Fala; a Publicação do Manual de Defesa dos Direitos dos Usuários e Familiares em Saúde Mental e Drogas; e a divulgação e experimentação de Grupos de Ouvidores de Vozes, que será, este último, o tema abordado nesta pesquisa.

Sabemos que o caminho de conquistas no campo da saúde mental é marcado por incessantes lutas contra a estigmatização da doença mental e contra forças que continuamente insistem em segregar aqueles que, por estrutura, não conseguem se adaptar a normas e padrões sociais vigentes. Portanto, a criação e sustentação de práticas que caminhem em direções opostas a estas situações se fazem sempre bem vindas. A Abordagem de *Recovery* em Saúde Mental abre espaço para a efetivação de uma prática mais protagonista dos usuários do campo da saúde mental, pois, ao estimular a autonomia e empoderamento dos mesmos, pretende fazer operar uma passagem da categoria de pacientes para a de sujeitos ativos, capazes de decidirem sobre inúmeros aspectos de suas vidas. Diversas maneiras encontradas para compartilhar o sofrimento e as situações que o rodeiam estão no horizonte para avanços da Reabilitação Psicossocial no Brasil e no mundo. *Recovery* em saúde mental é a aposta contemporânea dos trabalhadores, pesquisadores e usuários que há vários anos lutam pelos avanços destes espaços e lógicas.

O Grupo de Ouvidores de Vozes, citado anteriormente, será estudado nesta pesquisa, com o intuito de verificar quais os modos de uso de um grupo desta ordem por psicóticos, haja vista que estes grupos configuram-se como inovadora estratégia protagonista em saúde mental e possui uma ideologia de funcionamento que pode ser entendida como um movimento simultâneo e convergente com a perspectiva da Abordagem de *Recovery* em Saúde Mental, onde a possibilidade de protagonismo de usuários norteia as discussões e encaminhamentos. Todo o vocabulário da Abordagem de *Recovery* é anterior ao movimento do Grupo de Ouvidores de Vozes, mas os dois movimentos se encontram e o Grupo de Ouvidores de Vozes passa a se apresentar como uma das estratégias de práticas de *recovery* que se fortalecem em diversos países.

A seguir será realizada uma apresentação sobre o que é o Grupo de Ouvidores de Vozes, suas influências e idealizadores, e como esta estratégia de cuidado, que incentiva a recuperação pessoal possível a cada um, vem ganhando espaço e se replicando por vários países, inclusive pelo Brasil.

1.2 O Grupo de Ouvidores de Vozes

O Grupo de Ouvidores de Vozes configura-se como um dispositivo inventado por usuários no campo da saúde mental, onde pessoas que ouvem vozes se reúnem com o intuito de construir algum conhecimento a respeito das mesmas, de maneira a auxiliar no processo de convivência com aquelas. A ideia é a de compartilhamento das estratégias encontradas na singularidade de cada caso, de forma a encorajar os participantes ali presentes a construir saídas que apaziguem esta experiência que, na maioria das vezes, é causa de muito sofrimento, estigma e exclusão para o ouvidor de vozes.

Sua metodologia tem origem, de acordo com Romme e Escher (1997), na Psiquiatria Social criada por Kurt Lewin, que se caracteriza por um processo de trabalho realizado com as pessoas que desejam modificar alguma realidade social, de maneira ativa. A filosofia de funcionamento e de concepção dos Grupos de Ouvidores de Vozes é também fortemente influenciada pelo movimento da antipsiquiatria, que segundo Paulo Amarante (1995) busca um diálogo entre razão e loucura, entendendo que a loucura se dá entre os homens, como efeito de um processo relacional. Este movimento critica diretamente as classificações psiquiátricas, a cronificação causada pelas instituições asilares e entende que mesmo uma procura voluntária de um tratamento psiquiátrico acaba por ser uma imposição mercadológica, pois a pessoa acaba se sentindo isolada socialmente frente ao sofrimento que a envolve. As ideias da antipsiquiatria surgiram a partir de algumas experiências ousadas em Comunidades Terapêuticas⁵, quando se passou a pensar na loucura não mais como doença, mas como uma resposta aos desequilíbrios familiares e à alienação social (MINAS GERAIS, 2007). Ainda segundo Amarante (1995), este movimento foi o que mais diretamente confrontou o valor do saber médico naquilo que diz respeito à explicação e ao tratamento das doenças mentais, operando inclusive um corte radical com a terapêutica psiquiátrica, através de uma proposta de abordagem em que não se aceita o tratamento químico ou físico e que:

⁵ As comunidades terapêuticas a que se refere são as surgidas na Inglaterra, que “pretendiam fazer do Hospital Psiquiátrico um espaço terapêutico: incentivava os internos a participar ativamente da administração do hospital, do próprio tratamento e do tratamento uns dos outros” (MINAS GERAIS, 2007, p. 25).

Valorize a análise do 'discurso' através da 'metanoia', da viagem ou delírio do louco, que não deve ser podada. O louco é acompanhado pelo grupo, seja através de métodos de investigação, seja pela não repressão da crise, psicodramatizada ou auxiliada com recursos de regressão (AMARANTE, 1995, p. 44).

Os Grupos de Ouidores de Vozes questionam, portanto, o poder da psiquiatria a respeito dos fenômenos alucinatórios e tentam fazer o caminho inverso da mesma, ou seja, ao invés de calar as vozes, encontrar maneiras de lidar melhor com as mesmas, de fazê-las ouvidas. A crítica mais radical ao saber psiquiátrico realizado pelos mesmos reside nas abordagens convencionais da psiquiatria para o problema das alucinações auditivas verbais (que o grupo chama de audição de vozes), ou seja, o fato daquela ignorar o significado da experiência para o ouvinte de voz e se concentrar apenas na remoção dos sintomas pelo uso de medicamentos.

A experiência inicial de um Grupo de Ouidores de Vozes foi uma estratégia proposta pelo psiquiatra holandês Marius Romme à sua paciente Patsy Hage, que, diagnosticada como esquizofrênica, ouvia vozes desde a infância e havia passado já por muitos tratamentos medicamentosos, sem grandes alívios. Segundo Romme e Escher (1997), em seu processo de enfrentamento pessoal das vozes, Patsy tentou dar um significado para as mesmas e, após alguns anos, obteve um apaziguamento do intenso sofrimento a que era acometida, quando consegue construir algum sentido para as vozes que a incomodavam e que costumava obedecer:

Os deuses são obedecidos porque os humanos não estão predispostos a discordar das ordens deles; os deuses, sendo oniscientes e onipotentes, não podem ser desautorizados (ROMME e ESCHER, 1997, p. 30).

A experiência de Marius Homme com esta paciente levou-o a apostar neste caminho e Patsy, que era uma boa comunicadora, começou a falar sobre seu processo pessoal para outros ouidores de vozes. Ela foi, portanto, a precursora desta experiência de ajuda mútua na Holanda e impulsionou o movimento quando foi participar de um programa da televisão de seu país, juntamente com seu psiquiatra, para falar sobre as audições de vozes. Após o programa, seguindo um convite dos mesmos, várias pessoas os contataram. A repercussão os deixou surpresos, pois foram respondidos por setecentas pessoas, dentre as quais quatrocentas e cinquenta afirmaram ouvir vozes. Destes ouidores, trezentos disseram que eram incapazes de lidar com as vozes e cento e cinquenta disseram que possuíam maneiras de controlar as mesmas, sem grandes prejuízos para suas vidas. As respostas destes cento e cinquenta ouidores foram determinantes para o

início de uma organização dos Grupos de Ouvidores de Vozes (ROMME e ESCHER, 1997).

Após este episódio, os direcionamentos desta proposta foram tomando rumos maiores. Em novembro de 1988 foi realizado o primeiro Congresso de Ouvidores de Vozes em Maastricht, na Holanda e dois anos depois, em novembro de 1990, outro congresso em Manchester, na Inglaterra, ambos com adesão significativa de pessoas que ouviam vozes. A partir destes encontros foram sendo difundidos mais Grupos de Ouvidores de Vozes nestes locais e uma rede de divulgação para outros países começa então a ser desenvolvida (ROMME e ESCHER, 1997).

Para os autores acima, a história de Patsy Hage demonstra, de forma muito clara, uma passagem da condição de paciente para a de teorizadora das suas experiências, além de esclarecer que o espaço a ser ocupado por estas abordagens não foi possível de ser ocupado pela psiquiatria tradicional:

E é também um excelente exemplo de como as propostas e iniciativas resultantes de formulações como as da Psiquiatria Social da escola holandesa não pretendem digladiar-se inutilmente com as formulações e propostas da psiquiatria clínica, de raiz biológica ou psicodinâmica, antes vem, simplesmente, ocupar um espaço de concepção e intervenção que, por este ou por aquele motivo, a Psiquiatria Clínica deixa em branco ou não tem vocação para preencher (ROMME e ESCHER, 1997, p. 34).

De acordo com Barros e Serpa Junior (2014), a comunidade internacional de ouvidores de vozes abrange hoje mais de oitenta países, com grupos em diferentes regiões. Os autores apontam que embora muitos de seus membros tenham um diagnóstico psiquiátrico, os grupos têm uma visão alternativa à tomada destes fenômenos pela psiquiatria e destacam que tem sido crescente a produção de estudos a respeito da audição de vozes, além do aumento significativo e crescente do número de países associados à *Intervoice*⁶ (*The International Network for Training, Education e Research into Hearing Voices*) e à *The Hearing-Voices Network*⁷.

Em 2015 o inglês Paul Baker, graduado em Sociologia e Assistência Social, coordenador de mídias sociais da *Intervoice* e um de seus fundadores no Reino Unido, veio pela primeira vez ao Brasil participar de seminários pelo país para falar

⁶ Organização internacional criada pelo psiquiatra Marius Romme e pela pesquisadora Sandra Escher (enfermeira e jornalista) na Holanda, no final da década de 1980, com a proposta de oferecer suporte administrativo e de coordenação para novas iniciativas de cuidado com os ouvidores de vozes.

⁷ Página criada na internet em 2007 para promover a troca de experiências entre os ouvidores de vozes.

de suas experiências com o Grupo de Ouvidores de Vozes. A partir daí foram se multiplicando alguns grupos pelo país e até outubro de 2017, quando foi realizado no Brasil o I Congresso Nacional de Ouvidores de Vozes, na cidade do Rio de Janeiro, houve a apresentação de relatos de Grupos de Ouvidores de Vozes do Rio de Janeiro/RJ, Campinas/SP, Brasília/DF e São João Del Rey/MG (CONGRESSO NACIONAL OUVIDORES DE VOZES, 2017).

Paul Baker (2009) abre uma discussão sobre o temor que os ouvidores de vozes têm a respeito da exposição do fenômeno de ouvir vozes, pois já sabem de antemão sobre a associação feita entre ouvir vozes e uma doença - esquizofrenia, e o resultado desta associação, ou seja, uma receita de medicamentos antipsicóticos. Defende, portanto, de acordo com a experiência prática adquirida ao longo de anos com os grupos, que muitos ouvidores de vozes não relatam suas experiências para médicos ou familiares com receio deste destino, o que torna a experiência de ouvir vozes muito reservada, pois é altamente estigmatizante e, portanto, indesejada.

Podemos entender então que a filosofia mais evidente nos Grupos de Ouvidores de Vozes diz respeito à uma aceitação do fenômeno de audição de vozes como parte integrante de suas vidas psíquicas, que para os idealizadores seguidores desta abordagem se funda na ideia de que ouvir vozes em si não está necessariamente relacionado com a esquizofrenia. Há um consenso entre os relatos de que nem sempre as vozes são invasivas, de que muitas vezes elas ajudam as pessoas, de que as outras instâncias psíquicas e a vida prática de muitos ouvidores seguem bem preservadas, ou seja, os fenômenos que conhecemos como psicopatológicos da esquizofrenia são considerados possíveis fora da psicose.

Esta formulação a princípio não se presta a fácil entendimento, pois diferenciam ouvidores de vozes psicóticos e não psicóticos. É possível entender que esta diferenciação apresentada pelos mesmos vai ao encontro de estudos que indicam que ouvir vozes não é necessariamente um indicativo de uma patologia psiquiátrica. Barros e Serpa Júnior (2014) nos apontam que apesar da alucinação auditiva ser tradicionalmente compreendida como um fenômeno psicopatológico, alguns psiquiatras, já desde o séc. XIX e XX percebiam o fenômeno relacionado a outras modalidades sensoriais, a outra esfera do psiquismo, como a linguagem ou o controle das próprias ações. Porém, apesar do fato desta experiência ser heterogênea, pois pode estar presente em quadros de conversões históricas, quadros neurológicos, quadros psicóticos e outros, a experiência de ouvir vozes

possui características bem particulares para a psicose e na maioria das vezes, alteram de maneira profunda a vida dos mesmos. Os psicóticos ouvintes de vozes trazem geralmente relatos de uma invasão muito incapacitante para o seguimento das atividades da vida em geral, haja vista que geralmente os anos iniciais de um quadro alucinatorio são recheados por aflições, temores e angústias, geralmente relacionadas ao teor das acusações e exigências ou recomendações das vozes.

Vale ainda ressaltar que a psicose esquizofrênica e a neurose histérica possuem sintomas que se fazem confundir e que geralmente se relacionam ao corpo, ou seja, as conversões na histeria e as alterações da sensopercepção da esquizofrenia abrem um leque para aproximações que se prestam a muitos questionamentos. É prudente ainda considerarmos que as classificações diagnósticas dizem sempre das questões mais evidentes de seu tempo e, portanto, são carregadas por fortes conotações socioculturais.

Jean-Claude Maleval (1981/2012), no livro *Locuras Hístericas y Psicosis Disociativas*, leva-nos a uma reflexão sobre o diagnóstico diferencial entre neurose e psicose, que sempre exigirá um aprofundamento no discurso do sujeito e não em seus comportamentos peculiares, como relato de audição de vozes, impressões distorcidas da realidade, percepções paranoicas, etc. Maleval retoma a categoria diagnóstica de Loucura Histérica, que assim já foi outrora classificada, onde há uma presença de quadro dissociativo com dupla consciência e/ou vivências alucinatorias e delirantes. O que ele defende é que nestes casos há a presença de manifestações de um funcionamento onírico sem a presença de índices que dizem de uma psicose (deslizamento metonímico das ideias), mas sim de uma manifestação metafórica de conflitos de origem sexual, ou seja, de um quadro de histeria. Lembra que este diagnóstico, Loucura Histérica, desaparece dos manuais de psiquiatria quando o conceito de Esquizofrenia é introduzido por Bleuler, a partir do ano de 1911, o que provoca uma dispersão da identidade histérica e sua apropriação pelo campo da psicose.

Esta observação de Maleval corrobora com o fato defendido pelos idealizadores e condutores dos Grupos de Ouvintes de Vozes, que provavelmente conseguem observar em suas práticas, pessoas com uma maneira diferente de lidar com as chamadas alucinações auditivas verbais. Estes devem se apresentar numa relação com as vozes sem a radicalidade discursiva encontrada na psicose, que tem suas vidas aprisionadas pelas condenações e ordenações das vozes em geral. É

possível entender, então, que as manifestações mais exorbitantes da histeria ainda se fazem presentes na contemporaneidade e nos trazem relatos de confusões alucinatórias. Podemos assim concluir que há indícios de que as histéricas tem se aproximado deste dispositivo aqui abordado, ou seja, do Grupo de Ouvidores de Vozes, mas que mantêm relação diferente da maneira que comumente se observa nos quadros de psicose com alucinações auditivas verbais.

Cristina Contini (2017), em seu livro *Ouvir Vozes – Manual de enfrentamento*, oferece-nos um testemunho sobre seu processo de enfrentamento das vozes após retornar de um coma, aos dezenove anos, devido a um grave acidente. Relata que no início a experiência de ouvir vozes foi para ela um evento que a tomava de maneira muito intensa, mas que, apesar disto, conseguiu levar sua vida adiante, com seus projetos pessoais que lhe eram importantes. Devido a este desdobramento pessoal, passou a se dedicar a atividades voluntárias onde apresentava suas experiências vividas em relação às vozes, sendo fundadora e facilitadora do primeiro Grupo de Auto Mútua Ajuda composto por ouvidores de vozes na Itália. Desde o ano de 2005 aproximou-se também de psiquiatras e psicólogos de serviços de saúde mental, onde foi criada a *Associação Rede Italiana Nós e as Vozes*, que projeta o Grupo de Ouvidores de Vozes nacionalmente na Itália e que pretende tornar o ouvidor parte ativa de seu próprio tratamento. Defende que o intuito destas frentes é a passagem das vozes como um problema para a categoria de um recurso. Vale lembrar aqui que este relato diz de uma experiência em que o fenômeno alucinatório é secundário a um trauma neurológico, o que exemplifica um dos quadros onde ouvir vozes não está necessariamente relacionado a um quadro de esquizofrenia.

Estamos avisados de que uma categoria diagnóstica não abarca todos os exemplares individuais, “o indivíduo contemporâneo resiste à ideia de tornar-se apenas um exemplar e, todas as vezes que lhe colocamos uma classificação a resposta é: “não, sou apenas eu, não sou um número, não sou um exemplar”” (MILLER, 2003, p. 4-5). Assim, não há como negar que as categorias diagnósticas com as quais lidamos estão intimamente ligadas à conotação social dada pelo nosso tempo. Os movimentos que convidam, portanto, a uma reflexão sobre a inclusão ou exclusão de sujeitos em uma categoria e os efeitos disto, geralmente altamente estigmatizantes, são expressões de uma reflexão sobre estes aprisionamentos,

sobre o destino traçado a partir de normas e dogmas que podem e devem ser questionados e superados.

Dentro desta proposta de uma maior aceitação dos fenômenos alucinatórios auditivos verbais, os Grupos de Ouvidores de Vozes, principalmente fora do Brasil, são compostos por ouvintes de vozes psicóticos e não psicóticos e não são necessariamente conduzidos por profissionais especializados. Contam geralmente com a figura de um facilitador, que utiliza técnicas de representação das vozes para o grupo, com o intuito de que o ouvinte vá construindo um conhecimento maior sobre as mesmas, principalmente sobre aquelas mais invasivas e que possuem conteúdos pejorativos, de modo a auxiliá-lo numa investigação da experiência que esclareça a identidade das vozes, a idade das mesmas, o que elas têm a dizer, o que provoca seu aparecimento, se o surgimento se deu em algum momento especial da vida, etc. (ROMME, s/d). Para Paul Baker (2015) é importante que o ouvinte reconheça que as vozes sempre dizem coisas que são especialmente relevantes na história de vida de cada um e que encontraram dificuldades em serem resolvidas ou elaboradas. Assim o convite para o ouvinte de vozes é o de não rejeitar as vozes e, mais do que isto, estimular a curiosidade em construir um entendimento sobre o que elas dizem para cada um.

Escutar o ouvinte de vozes - este é o convite implícito nos grupos. Escutar seus sentimentos, dar voz ao ouvinte, deixa-los falar sobre o que ouvem das vozes, ouvir as vozes, formular um entendimento que amenize a relação muitas vezes aterrorizadora do sujeito com as mesmas. São estas as prerrogativas para o funcionamento dos Grupos de Ouvidores, onde a questão maior não está no fato de ouvir vozes,

[...] mas na dificuldade de estabelecer algum tipo de convivência com elas. A troca de experiências e a produção de narrativas pessoais sobre o assunto surgem como uma alternativa ao saber psiquiátrico sobre a alucinação auditiva verbal (BARROS e SERPA JUNIOR, 2014, p. 559).

Podemos entender então, após este breve percurso histórico a respeito da ideologia do Grupo de Ouvidores de Vozes, que o convite do mesmo é de um protagonismo do ouvinte de vozes, principalmente em relação às vozes escutadas, apoiado por outros que também passaram ou passam pela mesma experiência. Os efeitos narrativos, a gravidade dos sintomas presentes e o uso que cada um fará deste espaço de cuidado em saúde mental será sempre particular e dependerá de

vários recursos simbólicos, culturais e sociais disponíveis ao ouvidor ali presente.

Nas palavras de uma ouvidora:

Para que um ouvidor de vozes possa falar é necessário dar a ele a oportunidade de ser ouvido. E a primeira coisa a se fazer é ficar em silêncio, não apenas no sentido de não falar, mas acima de tudo de silenciar a impulsividade, a necessidade de se expressar, de convencer, de perguntar, de explicar e, especialmente, de expor seus sentimentos (CONTINI, 2017, p. 68).

No artigo intitulado *Pesquisa clínica em saúde mental: o ponto de vista dos usuários sobre a experiência de ouvir vozes*, os autores apresentam os resultados de uma pesquisa clínica a respeito da experiência de ouvir vozes, através do acompanhamento de um grupo de psicóticos com quadros alucinatórios em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Dentre outras coisas, concluem que:

Dar voz aos que ouvem vozes é uma estratégia clínica que não está desarticulada da política, pois tem no horizonte o objetivo de disponibilizar um certo saber fazer com as vozes para todos aqueles que dele precisarem, além de coletivizar uma experiência que ainda hoje carrega o forte traço da segregação (MUÑHOZ et al, 2011, p. 88).

O convite para falar sobre as vozes aproxima diversas pessoas do grupo, inclusive psicóticos com quadros francamente abertos, que têm aderido a esta estratégia de forma voluntária. O chamado no nome do grupo - Ouvidores de Vozes - convida-os à participação e produção de uma lógica sobre as audições de vozes que os acompanham. Este convite, ou seja, para passar da categoria classificatória de um fenômeno alucinatório auditivo verbal para um sujeito que, como tantos outros, ouvem vozes, não é sem efeitos para suas vidas e lida cotidiana com as mesmas.

A metodologia do Grupo de Ouvidores de Vozes faz uma aposta no apoio mútuo entre os frequentadores do grupo, no apoio entre pares. Segundo Dahl et al (2017), este apoio consiste em uma nova abordagem em saúde mental, incorporada mais recentemente aos sistemas públicos de saúde, que acredita na possibilidade das pessoas que passaram por situações de crise e conseguiram uma ultrapassagem da mesma, auxiliarem outros que estejam em situações similares de uma jornada de recuperação pessoal.

Já a sua ideologia de funcionamento, com a defesa de um convívio mais naturalizado com as vozes e rechaço quanto à tentativa de abolição completa das mesmas, perseguida através do uso de drogas antipsicóticas, encontra na teoria

psicanalítica sobre a psicose um suporte teórico importante, haja vista que esta entende a psicose como uma estrutura psíquica e não uma doença a ser curada.

No próximo capítulo será então desenvolvido um percurso de pesquisa que acompanha o desenvolvimento da teoria psicanalítica em dois pontos específicos, a saber, o que ela traz de subversão e inovação quanto à nosologia psiquiátrica e sobre as formulações de Freud e Lacan a respeito da psicose, especialmente naquilo que se refere ao fenômeno alucinatório verbal.

CAPÍTULO 2 – A PSICANÁLISE E O RESGATE DA SUBJETIVIDADE

2.1 O valor da subversão da nosologia psiquiátrica pela psicanálise

De acordo com Francisco Paes Barreto (2017), no livro *Psicanálise e Psiquiatria: aproximações*, Hipócrates é considerado o fundador da medicina por ter postulado que as doenças possuem causas naturais, fazendo assim um corte na crença de que as mesmas eram causadas por forças espirituais. Estas causas naturais encontraram justificativas em uma prática de verificação anatomoclínica, que possuía o intuito de nomear as doenças, a partir de bases fisiológicas, onde o corpo passa a ser então equiparado a uma máquina. Esta noção e o avanço do conhecimento dito científico alteraram profundamente o papel do médico e sua concepção de doente, pois ele passa a ser um técnico e o paciente um corpo-máquina, com conseqüente retirada da subjetividade de ambos os lados: a do médico e a do doente. No final do século XIX a medicina e suas bases científicas elegem como paradigma a lógica da física-matemática, onde a exigência de matematização ou quantificação estatística é o imperativo, causando de forma ainda mais drástica a exclusão da subjetividade do observador e do observado. Temos assim uma ruptura com o papel desempenhado pelo médico, que antes exercia forte influência pessoal nos processos de cura.

Por ser uma especialidade médica, a Psiquiatria também possui um desenvolvimento marcado pelos avanços da medicina e teve em Pinel o seu fundador. Foi ele quem aplicou o método clínico (que privilegiava o olhar) ao estudo das alienações mentais, para então desenvolver uma hipótese classificatória (nosologia), teorizar sobre as causas (que entendia como morais) e propor um tratamento (também moral). Clérambault foi um dos últimos psiquiatras clássicos e, entre ele e Pinel, outros imprimiram importantes contribuições para o desenvolvimento da nosologia psiquiátrica, a saber, Esquirol, Bayle, Griesinger, Laségue, Charcot, Falret, e Kraepelin, pois suas análises descritivas muito acrescentaram à clínica psiquiátrica clássica, onde a classificação das patologias ainda se pautava na observação clínica. Apesar da tentativa da psiquiatria de se fundar na anatomia patológica, ela não obteve sustentação teórica nesta lógica, fato a que se deve inclusive sua sobrevivência, pois, se assim o fosse, teria sido totalmente absorvida pela neurologia. Foi então nas bases da psicologia que a

psiquiatria clássica acaba por se sustentar e a queda da importância do papel do médico/psiquiatra abre por fim um espaço para o surgimento da psicanálise, que ao reconhecer a importância da subjetividade, inaugura uma prática onde o papel da transferência se apresenta como fundamental para o processo de cura (BARRETO, 2017).

Antonio Teixeira (2016) nos leva a uma reflexão sobre o caráter fortemente estigmatizante da nosologia psiquiátrica, acarretado pelas suas nomeações classificatórias. Ele demonstra como a ciência, na área da psicopatologia, se alia às práticas segregacionistas, na medida em que se esforça na objetivação da patologia mental, privando assim o louco do valor da sua palavra. Toda a psicopatologia elaborada no século XIX valeu-se de padrões normativos de classificação pouco engajados metodologicamente e que apoiavam a ciência na eliminação da palavra do paciente, difundindo assim a ideia de que da loucura como pensamento, nada se devia esperar. Esta conotação da psicopatologia proporcionou grandes efeitos estigmatizantes para os indivíduos com quadros de adoecimento mental mais grave, retirando do doente mental o direito de ser escutado em sua subjetividade, o que acarretou, como nos mostra a história, práticas de sequestro da liberdade e da vida em geral. A exclusão moral não foi, portanto, passível de neutralização pela objetivação científica, pois ela ainda se encontra lado a lado com as patologias mentais.

No âmbito da psicopatologia, o diagnóstico altera o prognóstico. Quem trabalha com o sofrimento psíquico ou mental não pode se furtar a medir o quanto o estigma produzido por uma categoria nosológica vem modificar a própria evolução assim definida, cujo curso encontra-se vinculado à expectativa que o paciente mantém em relação ao Outro social que o nomeia. (TEIXEIRA, 2016, p. 330).

Para Barreto (2017), na segunda metade do século XX o panorama da psiquiatria será mudado de maneira substancial, marcada pela evolução da psicofarmacologia e pela criação dos serviços de saúde mental. A evolução dos psicofármacos, que possui considerável importância para as evoluções das práticas em saúde mental, contribui para que a psiquiatria continue “buscando sua identidade médica plena e desconsiderando uma subjetividade que não seja quantificável” (BARRETO, 2017, p. 59). É a isto que se dá o nome de psiquiatria biológica, que impera hoje em nossa atualidade e que visa fortemente à normalidade e à adaptação social, pois hoje a doença mental

[...] é, antes de tudo, doença social. Está aí a petição de princípio: a psiquiatria define o que é transtorno com base na norma social; em seguida, postula para esse transtorno outra base – neurobiológica – e o trata como se assim o fosse (BARRETO, 2017, p. 65).

Uma vez situado brevemente o desenvolvimento crescente da retirada da subjetividade da clínica psiquiátrica, passaremos agora a apresentar como a teoria psicanalítica, inicialmente com Freud e posteriormente com Lacan, trouxe contribuições revolucionárias para o entendimento e abordagem dos adoecimentos psíquicos e para o campo da saúde mental em geral. Segundo Gilson Ianini e Pedro Heliodoro Tavares (2016) na apresentação do livro *Neurose, psicose, perversão*, nos trinta anos que separaram os manuscritos de 1895-1896 a 1924-1927, Freud desenvolveu o mais importante sobre o que conhecemos como psicopatologia psicanalítica, ou seja, as intituladas estruturas clínicas freudianas - neurose, psicose e perversão.

Freud provocou um avanço revolucionário em relação ao modo como a psiquiatria de sua época entendia os fenômenos psíquicos, ao incluir a fala de cada um e a escuta da subjetividade, subvertendo assim a lógica fenomenológica da psiquiatria clássica, onde os fenômenos eram avaliados em conjunto, sem considerar a palavra do paciente. O método de Freud subverteu não só a lógica da apresentação de casos da psiquiatria clássica, mas também a forma de se conceber a loucura, pois suas construções acerca do inconsciente abalaram de vez a ideia de normal/patológico tão cara à mesma.

Antonio Teixeira (2016, p. 329) nos escreve sobre Freud, que:

Sua importância se deixa particularmente medir pelo valor operatório de uma categoria discursiva da qual Freud jamais fez um uso propriamente conceitual, mas por onde sua reflexão teórica se vincula com a prática clínica. Referimo-nos à categoria de sujeito, empregada com parcimônia por Freud, categoria cujo valor será conceitualmente estabelecido por Jacques Lacan.

A obra freudiana apresenta produções que tentaram desvendar os mistérios dos sofrimentos psíquicos mais comuns de seu tempo e que, mesmo hoje, continuam sendo amplamente revisitados, pois ainda conservam um caráter subversivo, que muito auxilia na reflexão sobre diversos contextos da nossa época, marcada por tempos de escaladas grosseiras de intolerâncias (racial, de credo, de gênero, etc) e de teorias psíquicas meramente descritivas de sintomas quantificáveis. O que Freud ensina com seus célebres casos clínicos é verificar o

caso a caso e trabalhar numa militância a favor das soluções de cada um, soluções possíveis e nem sempre ideais, vale lembrar.

Viganò, no texto *A construção do Caso Clínico* diz que:

A clínica é ensinamento que se faz no leito, diante do corpo do paciente, com a presença do sujeito. É um ensino que não é teórico, mas que se dá a partir do particular; não é a partir do universal do saber, mas do particular do sujeito (VIGANÒ, 1999, p. 40).

É dentro desta lógica que os casos de Freud nos conduzem, pois ele os relata a partir das construções subjetivas, de forma a apreender um particular que também ensina algo sobre o universal, sobre o universal do funcionamento do inconsciente:

No campo psicanalítico, a investigação clínica sempre esteve intimamente associada à terapêutica e à teorização sobre o psíquico (FREUD, 1923 [1922]/1996). Freud demonstra isso através do estudo minucioso de casos que se tornaram paradigmáticos e influenciaram de forma decisiva a produção de seu arcabouço teórico (VAL e LIMA, 2014, p. 100).

Nos relatos de casos de Freud pode-se verificar ainda uma forte tendência literária, que não foi sem efeito para a divulgação de sua obra, como lembra Érik Porge quando escreve que,

[...] do mesmo modo que existem os desvios na análise para que a verdade abra para si um caminho, é preciso um desvio para que essa mesma verdade possa ser transmitida a um público amplo ou restrito. Este desvio se chama forma de relatar [*mise en récit*] (PORGE, 2009, p. 20).

A forma de Freud escrever e relatar casos permitiu, portanto, esta ampla transmissão; sua escrita causou grande interesse de leitura e seus casos continuam ainda hoje servindo como método de estudo da teoria psicanalítica.

É nessa perspectiva que entendemos o célebre preceito freudiano que nos exorta a abordar cada caso como se fosse o primeiro: devemos deixar metodologicamente de lado o saber acumulado no estudo da nosologia para dar abertura ao saber que não se sabe do inconsciente que se desenvolve, de maneira inédita, em cada nova situação clínica. Dela deriva a ênfase que a Psicanálise dá à dimensão do caso único, da experiência ímpar que não se repete. Falamos sempre do caso a caso, do um a um, estamos continuamente à espreita daquilo que o sintoma comporta como solução subjetiva incalculável, assim como da resposta que cada um traz a problemas para cuja saída não havia coordenadas previstas (TEIXEIRA, 2016, p. 46).

De acordo com o descrito até aqui, podemos entender a maneira como a palavra do sujeito vai aparecendo através dos relatos dos casos, e como ela, além de dizer de uma inscrição em uma classe diagnóstica, necessária para efeitos de localização de uma forma geral de organização psíquica e de estratégias para lidar com as representações insuportáveis ao eu, nos possibilita localizar a forma própria de satisfação pulsional em jogo no caso a caso, ou seja, de verificação dos nomes

próprios que cada um constrói com aquilo que sua história e as contingências da vida lhe reservaram (TEIXEIRA, 2016).

Vale lembrar ainda que a associação livre, regra fundamental da psicanálise, foi desenvolvida por Freud como um método inovador, de acesso às formações do inconsciente nas neuroses - lapsos, sonhos, sintomas e atos falhos - que foi por sua vez o campo teórico de sua maior investigação:

[...] o inconsciente é um saber reconhecido unicamente pelo fato de que se pode lê-lo. Para dizer a verdade, isto talvez não seja suficiente, é preciso mesmo acrescentar que o inconsciente é um saber que se revela porque sua leitura provoca efeitos, especialmente efeitos terapêuticos. (SOLER, 1991, p. 52-53).

Este acesso ao material inconsciente, processado através da associação livre e sob transferência⁸, utiliza do manejo desta última como mecanismo essencial no processo de aplicação da técnica psicanalítica para o tratamento das neuroses, recolocando ainda, na cena do tratamento, o papel do médico, que exerce influência nos processos de cura. Apesar de a obra freudiana ser fortemente marcada por elaborações teóricas a respeito da neurose, podemos também verificar que as formulações sobre a psicose foram extremamente inovadoras, pois suas construções a respeito dos delírios e alucinações, que serão apresentadas no decorrer desta dissertação, inauguram uma maneira de verificar estes fenômenos para além de um ponto indicativo de adoecimento. Ele procura, portanto, entender a função dos fenômenos para a economia libidinal do psicótico, o que representa um corte e uma inovação importante com a psiquiatria de sua época.

E foi assim que Freud, ao dar importância à palavra do sujeito, seja ele neurótico ou psicótico, abre caminho para o desenvolvimento posterior de várias práticas que hoje militam pelo protagonismo dos usuários. Foi a partir desta dimensão clínica postulada pelo mesmo, ou seja, de um saber inconsciente, que se manifesta na palavra e que foi tão brilhantemente apresentado pela análise das memórias de Schreber, naquilo que diz respeito à psicose, que a teoria psicanalítica faz uma abertura para que, muitos anos depois, Jacques Lacan, a partir de um retorno ao seu ensino, fosse imprimindo expressivos avanços para a teoria e clínica da psicose, pois “o que Lacan fez, enquanto psicanalista, foi aplicar aí a subversão

⁸ Conceito elaborado por Freud durante toda sua obra, considerado como uma técnica impulsora do processo de cura da neurose, onde se atualizará uma demanda de amor, que deverá ser manejada no processo do tratamento.

freudiana, interessando-se pela fala do paciente psicótico, desse mesmo lugar proposto por Freud para o sujeito neurótico” (FERREIRA e VERAS, 2017, p. 67).

No artigo *Entrevista psicopatológica: o que muda entre psiquiatria e psicanálise?* Cristiana Ferreira e Marcelo Veras (2017) desenvolvem o percurso de Lacan na teoria e clínica da psicose. Lembram que Lacan foi discípulo do psiquiatra Clérambault, mas que se diferenciou não só dele como também de seus contemporâneos, ao não pretender compreender o paciente. Ele era um crítico da compreensão por empatia, e sua posição era a de não compreender.

Lacan vai se interessar, então, pela dimensão inconsciente, deslocando assim o interesse do enunciado para a enunciação. Ou seja, em lugar de compreender ou de buscar na fala do paciente os índices e sinais de sua doença para enquadrá-lo no saber médico previamente estabelecido sobre a loucura, Lacan vai se interessar pelos aspectos do caso que escapam ao saber constituído, procurando fazer emergir o sujeito enquanto tal. Para ele, não se trata mais de deflagrar a doença ou demonstrar os fenômenos, mas sim de tentar localizar a posição subjetiva, os indícios da posição do gozo do sujeito em relação ao Outro (FERREIRA e VERAS, 2017, p. 70).

Ainda segundo os autores citados acima, a psiquiatria contemporânea possui caráter altamente universalizante, manifesto nas práticas das neurociências, da psiquiatria biológica e da psicofarmacologia, que priorizam o desaparecimento do sintoma. Ela se tornou uma psiquiatria que abriu mão da clínica e que não se interessa pela história de vida do paciente. Frente a este contexto universalizante e alienante da psiquiatria, é a psicanálise que nos convida a outra maneira de pensar e abordar a loucura, fazendo operar assim um contraponto à psiquiatria contemporânea, pois:

[...] é na contramão dessa tendência, orquestrada pela psiquiatria biologizante, que objetifica não apenas a loucura, mas também o próprio paciente, que explica os transtornos pela predisposição (da personalidade, genética, neuronal), alienando e desimplicando o doente de seu sofrimento, que a psicanálise não apenas resiste, mas também insiste em dar a palavra ao sujeito (FERREIRA e VERAS, 2017, p. 66).

Após esta breve reflexão, ou seja, sobre os pontos mais relevantes em que a psicanálise se diferencia e, portanto, se distancia da psiquiatria, podemos concluir que ao contrário da psiquiatria, sua aposta é de que no campo psíquico não há como excluir o sujeito e sua palavra do tratamento, pois a valorização da clínica só pode ocorrer no caso a caso.

O que a psicanálise tem como contribuição no debate sobre a medicalização do mundo é precisamente a constatação de que não há, no espaço que denominamos mental, sintomas puros, separados de qualquer avaliação subjetiva. Qualquer tentativa de fazer do sintoma psíquico um equivalente do sintoma corporal puro é fadada ao fracasso, pois o psíquico é indissociável do falar, que é uma experiência que sempre inclui o Outro.

Não é como a constelação de sintomas que surge, por exemplo, em uma apendicite (VERAS, 2018, p. 40).

Uma vez discutida a importância da subversão da psiquiatria feita pela psicanálise, especialmente à psiquiatria na contemporaneidade, onde “não há um diagnóstico do sujeito e sim de uma coleção de fenômenos que nada dizem a respeito dele” (FIGUEIREDO, 2004, p. 77), seguiremos em um percurso sobre a psicose na teoria psicanalítica, através das formulações de Freud e Lacan, com enfoque destacado no fenômeno alucinatorio. Especialmente em Lacan, será localizado como o mesmo formula o conceito do objeto voz para a psicanálise, desenvolvendo ainda como a mesma alcança uma condição experimentada como fortemente invasiva na alucinação auditiva, que o autor nomeia como alucinação verbal, por dizer respeito ao campo da linguagem. Este percurso visa demonstrar como a compreensão acerca do fenômeno alucinatorio verbal, pela psicanálise, abre perspectivas de abordagem da psicose, onde se fica sempre à procura do que o “sintoma comporta como solução subjetiva incalculável, assim como da resposta que cada um traz a problemas para cuja saída não havia coordenadas previstas” (TEIXEIRA, 2016, p. 346).

2.2 A alucinação sob o ponto de vista psicanalítico

2.2.1 Freud e a função da alucinação na psicose

Sabemos que Freud adotou uma posição de não recomendar a análise para os pacientes psicóticos, pois no seu entendimento eles encontrariam dificuldades importantes em relação ao laço transferencial. Porém, apesar de não se colocar disponível para o atendimento de psicóticos, sua produção acerca do assunto manteve-se ao longo de sua obra.

Entre os anos 1895 e 1924, Sigmund Freud escreveu textos importantes para a teoria da psicose. Em seus primeiros textos, ou seja, *Neuropsicoses de defesa* (1894), *Rascunho H* (1895), *Rascunho K* (1896a) e *Novas Observações sobre as Neuropsicoses de Defesa* (1896b), empreende um esforço teórico a respeito do

mecanismo estruturante da psicose, onde analisa a projeção⁹ enquanto um mecanismo de defesa nesta estrutura psíquica.

Em *Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia (Dementia Paranoides)* (1911), seu trabalho mais expressivo sobre o referido tema, Freud traça a diferença entre o adoecimento psíquico e as saídas encontradas para lidar com os fenômenos que o sujeito padece.

Nos textos posteriores, a saber, *Sobre o Narcisismo: uma introdução* (1914), *História de uma neurose infantil* (1918), *Neurose e Psicose* (1924a) e *A perda da realidade na neurose e na psicose* (1924b), Freud investiga como ocorre o desligamento do interesse pelo mundo externo na psicose e a relação disto com o narcisismo, terminando por fim com o desenvolvimento de uma tese a respeito da perda e o reparo da realidade para a neurose e a psicose.

É possível localizar, neste percurso freudiano, a função que uma construção delirante pode representar para o psicótico, especialmente na psicose paranoica, que foi o tipo mais estudado e desenvolvido pelo autor. Em seus textos Freud também se pergunta sobre a função da alucinação para o psiquismo, porém esta produção ocorre de maneira menos intensa e paralelamente às suas construções acerca do delírio. Na análise do livro autobiográfico de Schreber, Freud se debruça intensamente sobre a função do delírio na psicose, mas também se dedica ao estudo e teorização sobre a função da alucinação na mesma, pois Schreber era um ouvitor de vozes. Mas o quê, exatamente, Freud consegue formular sobre isto?

Para responder à pergunta sobre as formulações de Freud a respeito do fenômeno alucinatório na psicose, faz-se necessário um breve percurso nos textos do mesmo, numa tentativa de localizar o que formulou a respeito do fenômeno alucinatório, que se ampara, vale ressaltar, em suas formulações a respeito do fenômeno delirante.

O primeiro texto em que Freud desenvolve o tema das psicoses é intitulado *As neuropsicoses de defesa* (1894/1969), onde escreve sobre o mecanismo de defesa na psicose, afirmando que nesta existe uma espécie de defesa muito mais enérgica e eficaz que na neurose, associando-a inclusive a uma confusão alucinatória, pois na psicose:

⁹ “[...] operação pela qual o sujeito expulsa de si e localiza no outro - pessoa ou coisa - qualidades, sentimentos, desejos e mesmo “objetos” que ele desconhece ou recusa nele. Trata-se aqui de uma defesa muito arcaica, que vamos encontrar em ação particularmente na paranoia [...]” (LAPLANCHE, 1992, p. 374).

O eu rejeita a representação incompatível juntamente com seu afeto e se comporta como se a representação jamais lhe tivesse ocorrido. Mas a partir do momento em que isso é conseguido, o sujeito fica numa psicose que só pode ser qualificada como confusão alucinatória (FREUD, 1894/1969, p. 63-64).

Logo em seguida, no *Rascunho H* de 1895, intitulado *Paranoia*, Freud desenvolve que a paranoia crônica, em sua forma clássica, é um modo patológico de defesa, tal como a histeria, a neurose obsessiva e a confusão alucinatória. Afirma que alguém se torna paranoico em relação a coisas que não pode suportar, desde que tenha uma predisposição psíquica para isto, e conclui que a paranoia se defende da representação intolerável projetando o seu conteúdo no mundo exterior, utilizando-se assim de forma abusiva da projeção para fins defensivos. Lembra também que a projeção é um mecanismo psíquico normal frente a alguma alteração interior, quando geralmente supomos a esta alteração uma causa interna ou externa.

No *Rascunho K* de 1896a, intitulado *As neuroses de defesa (Um conto de fadas para o natal)*, apresenta ideias iniciais dos mecanismos de defesa ou formas de negação relativas à neurose obsessiva, paranoia e histeria. Ainda naquele ano, em *Novas Observações sobre as neuropsicoses de defesa* (1896b) ele retoma as considerações realizadas no artigo de 1894 citado acima e utiliza-se do esquema de classificação da neurose obsessiva para aplicá-lo à paranoia. Afirma que a diferença entre paranoia e neurose obsessiva encontra-se no fato de que na paranoia as recriminações são projetadas no mundo exterior, enquanto na neurose obsessiva elas se mantêm no mundo interior.

Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia (Dementia Paranoides) foi o texto mais importante de Freud sobre a teoria das psicoses. Escrito no ano de 1911, ele apresenta fragmentos do livro *Memórias de um doente dos nervos*, de Daniel Paul Schreber (1903), para depois desenvolver uma interpretação dos fenômenos psicopatológicos a partir dos relatos do referido autor. Através dos escritos autobiográficos de Schreber, Freud demonstra como o seu delírio primário (de transformar-se em mulher) foi, por meio do mecanismo de defesa, sendo transformado em um delírio sexual de perseguição e por fim num delírio de grandeza, traduzido por ser da vontade de Deus que ele fosse sua mulher. “A ideia de ser transformado em mulher foi a característica saliente e o germe mais primitivo de seu sistema delirante” (FREUD, 1911/1969, p. 36), escreve Freud, afirmando em seguida que os dois elementos principais de seu delírio giraram em

torno da transformação em mulher e de sua relação favorecida com Deus, pois Schreber acreditava que “tinha a missão de redimir o mundo e restituir-lhe o estado perdido de beatitude” (FREUD, 1911/1969, p. 31). Freud segue então nos mostrando como a transformação de Schreber em mulher foi, em sua lógica delirante, sendo efetivada por meio de milagres divinos (que experimentava em seu corpo) e depois confirmada pelas vozes que ouvia.

É no referido texto acima que Freud se aprofunda no mecanismo da paranoia. Ele examina o papel inesperadamente importante desempenhado pelas fantasias de desejos homossexuais na paranoia, onde a articula com uma determinada forma de fracasso do recalçamento de fantasias homossexuais e descreve sua estruturação através do mecanismo da projeção. Procura, então, retornar aos dois fatores em que espera encontrar os sinais característicos da paranoia, ou seja, o mecanismo pelo qual os sintomas são formados (projeção) e o mecanismo pelo qual a repressão é ocasionada (desligamento da libido em relação às pessoas e coisas antes amadas). Freud escreve que “o que se impõe tão ruidosamente à nossa atenção é o processo de restabelecimento, que desfaz o trabalho da repressão e traz de volta novamente a libido para as pessoas que ele havia abandonado” (FREUD, 1911/1969, p. 95). Na sequência formula que “a formação delirante, que presumimos ser o produto patológico, é, na realidade, uma tentativa de restabelecimento, um processo de reconstrução” (FREUD, 1911/1969, p. 95).

Uma vez apresentada a função de tentativa de cura do delírio, escreve que foi incorreto dizer anteriormente que no mecanismo da projeção a posição suprimida internamente era projetada para o exterior. Refaz sua formulação escrevendo que “[...] a verdade é, pelo contrário, como agora percebemos, que aquilo que foi internamente abolido retorna desde fora” (FREUD, 1911/1969, p. 95). Foi com a análise do caso Schreber que Freud conseguiu demonstrar o intenso trabalho psíquico que o psicótico realiza, através da construção de um delírio, para conseguir suportar os fenômenos que lhe invadem e tomam conta de sua vida psíquica. Este texto de 1911 representa o momento ápice da estruturação das ideias de Freud a respeito das psicoses e pode ser considerado, segundo Lacan, como parte de “[...] uma antologia a ser proposta como uma introdução à fenomenologia da psicose” (LACAN, 1957-1958/1998 p. 542).

Em 1914, no texto *Sobre o narcisismo, uma introdução*, Freud aborda as relações entre o eu e os objetos externos e introduz o conceito de narcisismo no

conjunto da teoria psicanalítica, particularmente em relação à sua teoria da libido. Ele tenta explicar a neurose e a psicose a partir da teoria da libido e desenvolve que há um narcisismo primário, normal ao desenvolvimento psíquico dos seres humanos, que se constitui como uma fase intermediária entre o autoerotismo e a escolha objetal, necessário à constituição do eu. Freud desenvolve ainda que o que caracteriza a psicose é o desligamento de seu interesse pelo mundo exterior (pessoas e objetos), e daí passa a investigar como isto ocorre, chegando à conclusão de que há uma retração da libido dos objetos para o eu, ou seja, na psicose ela se volta para o eu, com uma diferença de fixação deste retorno no caso de uma paranoia ou de uma esquizofrenia, como nos escreve Antonio Quinet:

Apesar do seu desinteresse pela esquizofrenia, Freud fez uma divisão bastante rigorosa entre paranóia e esquizofrenia. A paranóia se caracteriza pela regressão da libido ao estado do narcisismo. Na esquizofrenia trata-se da libido que não se contenta em regredir ao estado do narcisismo mas vai além: ao abandono completo do amor objetal, retornando ao auto-erotismo infantil. Freud diz que paranóia e esquizofrenia podem combinar-se, mas ele conserva sempre essa separação: paranóia ligada ao narcisismo e a esquizofrenia ligada ao auto-erotismo (QUINET, 1990, p. 69).

Neste texto Freud relaciona ainda histeria e esquizofrenia (de forma a demonstrar como os sintomas aparecem privilegiadamente no corpo) e neurose obsessiva e paranoia (com sintomas que incluem mais o pensamento). Elabora que na esquizofrenia há uma retirada parcial (e não total) da libido dos objetos e que os fenômenos (alucinações e delírios) representam uma tentativa de restauração. Daí conclui que na esquizofrenia, como na paranoia, há uma luta entre o mecanismo de defesa que retira a libido do objeto e o mecanismo da alucinação, que aparece como uma tentativa de devolver essa libido aos mesmos, ou seja, tentam fazer uma operação de restituição do objeto rejeitado.

.Alguns anos depois, mais especificamente no ano de 1918, Freud escreve o texto *História de uma neurose infantil*, onde relata o caso conhecido como Homem dos Lobos. Neste texto encontramos uma análise sobre a alucinação visual sofrida pelo menino (de um dedo de sua mão caído) e que diz de uma rejeição de uma ameaça em seu psiquismo, pronunciada pela sua babá, de que uma ferida iria surgir se brincasse com seu pênis. Este relato serve para Freud demonstrar como uma rejeição pelo psiquismo (de uma ideia conflituosa) provoca um retorno da mesma em forma de fenômeno alucinatório.

Por fim, nos textos *Neurose e Psicose* e *A perda da realidade na neurose e na psicose*, ambos de 1924, Freud apresenta as diferenças entre neurose e psicose

a partir das relações entre o Eu, o Id, o Supereu e o mundo externo, postulando que a neurose se configura por um conflito entre o Eu e o Id e a psicose como um conflito entre o Eu e o mundo externo.

Quando trabalha a respeito da perda da realidade para as duas estruturas psíquicas, reformula que a perda da realidade não acontece só na psicose, mas também na neurose, demonstrando depois como se estabelece a reparação desta para cada uma:

Tanto a neurose quanto a psicose são, pois, expressão de uma rebelião por parte do id contra o mundo externo, de sua indisposição – ou caso preferirem, de sua incapacidade – a adaptar-se às exigências da realidade [...] (FREUD, 1924b/1969, p. 231).

Freud entende que neurose e psicose se diferem mais em sua reação introdutória do que no processo de reparação da realidade. Elabora, na sequência que na psicose um fragmento da realidade rejeitada retorna sem parar, sempre forçando uma abertura na vida psíquica. Lembra que a tarefa reparatória é mal sucedida nas duas estruturas psíquicas, mas que na neurose ela se dará através de um reparo simbólico e na psicose através de um reparo imaginário. Desenvolve que a representação da realidade será sempre enriquecida e alterada por novas percepções, nas suas palavras:

[...] a psicose também depara com a tarefa de conseguir para si própria percepção de um tipo que corresponda à nova realidade, e isso muito radicalmente se efetua mediante a alucinação. O fato de em tantas formas e casos de psicose as paramnésias, os delírios e as alucinações que ocorrem, serem de caráter muito aflitivo e estarem ligados a uma geração de ansiedade, é sem dúvida sinal de que todo o processo de remodelamento é levado a cabo contra forças que se lhe opõem violentamente (FREUD, 1924b/1969, p. 232).

Para concluir, podemos verificar que Freud dá à alucinação uma função semelhante à desempenhada pelo delírio, pois ela também participa do processo de remodelamento da realidade perdida. O que vale ser destacado é o fato dela ser bem menos eficiente que o delírio, provavelmente por ser muito invasiva e não possuir, a princípio, um enredo que faça sentido para o psicótico. Mas vale ainda lembrar que um enredo delirante muitas vezes será modelado a partir das alucinações, que inicialmente servem como percepções para justificar a nova realidade. Somente depois as alucinações podem ir perdendo o caráter altamente conflitante, à medida que o psicótico consegue estabelecer alguma lógica delirante para as mesmas, como bem o demonstra Schreber, que “a toda hora e a todo minuto, durante anos, experimentou estes milagres em seu corpo e teve-os

confirmados pelas vozes que com ele conversavam” (FREUD, 1911/1969, p. 32). O caso Schreber é, por excelência, um exemplo paradigmático de remodelamento da realidade, realizado através de um trabalho delirante, em conformidade com as novas percepções oriundas, em parte, das suas alucinações verbais.

2.2.2 O que disse Lacan sobre a alucinação

2.2.2.1 A ordenação subjetiva da psicose e a alucinação verbal

Se Freud localiza a função da alucinação como fonte de percepções para o delírio, tomando-a como substrato para o trabalho de reconstrução delirante, que por sua vez possui função de remodelamento da realidade alterada após o desencadeamento da psicose, é Lacan que, ao debruçar sobre a teoria e clínica da psicose, formalizará de maneira inovadora o conceito de alucinação na psicanálise. Um exercício de retorno a Freud é o convite inicial de Lacan ao desenvolver a teoria sobre as psicoses, no *Seminário 3*, onde realça que:

Naturalmente, Freud não ignorava a esquizofrenia. O movimento de elaboração desse conceito era-lhe contemporâneo. Mas se certamente reconheceu, admirou, e mesmo encorajou os trabalhos da escola de Zurique, e pôs a teoria analítica em relação com o que se identificava em torno de Bleuler, ele, no entanto, se manteve bastante afastado. Ele se interessou em primeiro lugar e essencialmente pela paranoia. E para indicar-lhes imediatamente um ponto de referência ao qual vocês poderão se reportar, lembro-lhes que no fim da observação do caso Schreber, que é o texto maior de sua doutrina concernente às psicoses, Freud traça uma linha divisora de águas, se assim posso me exprimir, entre paranoia de um lado e, de outro, tudo o que gostaria, diz ele, que fosse chamado parafrenia, e que corresponde exatamente ao campo das esquizofrenias (LACAN, 1955-1956/1988, p. 12).

É então com vistas a uma teoria da psicose, que avance para além da divisão paranoia e esquizofrenia, ou seja, na perspectiva de uma teorização sobre o mecanismo estruturante da psicose, que parte Lacan. Psiquiatra de formação, ele era discípulo de Clérambault, de quem destaca a importância da leitura dos trabalhos acerca do automatismo mental (com seu caráter anidéico, ou seja, desprovido de significação) e das psicoses causadas por tóxicos, entendidas por Lacan como inovadoras e relevantes. Suas maiores influências neste percurso, então, foram Freud e Clérambault, ou seja, psicanálise e psiquiatria, mas é em Freud onde vai buscar os mais importantes substratos teóricos de raciocínio para a teoria psicanalítica da psicose (LACAN, 1955-1956/1988).

As construções teóricas a respeito da psicose em Lacan são hoje divididas em primeira e segunda clínica, sendo que a primeira clínica caracteriza-se, em especial, à distinção estrutural neurose/psicose em relação à inscrição ou não do Nome-do-Pai na operação da Metáfora Paterna. Lídia López Schavelzon (2006) discorre acerca do Nome-do-pai na primeira clínica lacaniana demonstrando como ele retorna ao conceito de castração em Freud para demonstrar a metáfora paterna como mecanismo próprio do Complexo de Édipo. Ela desenvolve, de acordo com Lacan, como o Nome-do-Pai vai advir de um significante privilegiado que aponta para o desejo da mãe. Lembra que ele se refere ao pai simbólico, mítico, o significante do Nome-do-Pai, ou seja, uma metáfora, que é por sua vez uma substituição significante. Será então o desejo da mãe o significante que veiculará o Nome-do-Pai. Quando esta substituição acontece, a criança renuncia a ser o falo da mãe, o que possibilita sua entrada no mundo simbólico. A função do pai não somente dará sentido ao desejo da mãe, mas também o conjunto de significantes será submetido a uma significação fálica, o que dará acesso, portanto, à estrutura neurótica. Em contrapartida a isto, a forclusão do Nome-do-Pai¹⁰ dará acesso à psicose.

Já a segunda clínica, de acordo com Tócoli e Marcos (2014), é considerada por Jacques Alain Miller como um momento transitório, quando Lacan pressupõe uma pluralização do Nome-do-Pai e toma a operação de recalçamento não mais devida à interdição paterna, mas à ação da linguagem. O caso paradigmático que ilustra esta lógica é então James Joyce, através do qual Lacan vai demonstrar a sua teoria do nó borromeano. Vale ressaltar que neste trabalho de pesquisa acerca dos possíveis usos do Grupo de Ouvidores de Vozes por psicóticos, o construto teórico da segunda clínica não será abordado, pois será realizado um recorte no que diz respeito ao primeiro ensino de Lacan, haja vista que os psicóticos que lidam com vozes possuem um quadro de psicose já desencadeada, conhecidas como psicoses extraordinárias.

Dentro então da teoria que concerne ao primeiro ensino de Lacan, as principais referências a respeito da psicose são o Seminário, Livro 3, *As Psicoses* (1955-1956/1988) e o texto *De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose* (1957-1958/1998). No Seminário *As Psicoses* (1955-1956/1988) se

¹⁰ Termo criado por Lacan em 1953 e conceituado em 1956, para designar o significante da função paterna, forcluído na psicose (ROUDINESCO, 1998).

encontram importantes comentários do autor em seu retorno a Freud, sobre a análise das memórias de Schreber, e de como esse caso (FREUD, 1911/1969) se apresenta paradigmático para um estudo acerca da solução delirante na psicose. Para Lacan,

[...] há da parte de Freud um verdadeiro lance de gênio do linguista que vê surgir várias vezes num texto o mesmo signo, parte da ideia de que isso deve querer dizer alguma coisa e chega a reconstituir o uso de todos os signos dessa língua. (LACAN, 1955-1956/1988, p. 19).

A ideia de Lacan neste seminário é a de abordar as psicoses levando em conta o simbólico, o imaginário e o real. Para tanto, o retorno aos termos e conceitos freudianos é presença certa em seu texto, e seu esforço conceitual parte do princípio de que, pela via da fenomenologia, será sempre difícil fazer uma distinção entre neurose e psicose, pois, no que diz respeito à psicose, não se encontra nem uma gênese orgânica, nem uma gênese psíquica, mas o fenômeno poderá sempre ser verificado no registro da fala.

Segundo Antonio Quinet (1990), Lacan mantém a hipótese freudiana de que neurose e psicose são estruturas psíquicas diferentes e recoloca a referência ao Édipo no centro da teoria da psicose, que anteriormente eram restritas, em Freud, aos mecanismos de defesa do eu, apoiados no narcisismo e fenômenos imaginários decorrentes do mesmo.

A referência ao Édipo reinstaura a clínica da estrutura do sujeito equivalente à estrutura da linguagem, na medida em que o Édipo é a armadura significativa mínima que condiciona a entrada do sujeito no mundo simbólico. E é a partir da ordem simbólica que se deve pensar a questão da psicose. Lacan nos indica que é justamente porque o homem deve atravessar a floresta dos significantes, para retomar aí os seus objetos instintivamente primitivos e válidos, que temos de lidar com a dialética do Complexo de Édipo (QUINET, 1990, p. 12).

Assim, para demonstrar como acontece a constituição do sujeito e como ela é marcada pela linguagem, em uma via simbólica, Lacan lança mão de alguns conceitos anteriormente trabalhados por Freud, a saber, *Bejahung*, *Verneinung* e *Verwerfung*. Ele afirma, naquilo que diz respeito à origem da constituição do sujeito, que “há portanto, na origem, *Bejahung*, isto é, afirmação do que é, ou *Verwerfung*” (LACAN, 1955-1956/1988, p. 98). Para melhor compreensão desta premissa é necessário o desenvolvimento dos conceitos citados acima.

O conceito de *Bejahung* de Freud significa uma afirmação primordial, um assentimento de alienação na linguagem, que Lacan traduz como “uma operação que afirma a crença no pai como significante nuclear, o Nome-do-Pai” (GARCIA,

2010 p. 65), e que acaba por operar como uma inscrição original do significante, um momento que inaugura a origem da simbolização. Assim, na neurose a *Bejahung* traz o traço de um signo que se inscreve como Nome-do-Pai e que por sua vez atua como um não ao gozo materno.

Freud, no texto *A Negativa* (1925/1969) demonstra como o não, quando dito em uma frase, por um paciente em análise, por exemplo, pode justamente significar o contrário, ou seja, ao negar uma ideia, o que ele traz do inconsciente é a ideia em si, que recalcada, retorna camuflada pela denegação.

Assim, o conteúdo de uma imagem ou ideia reprimida pode abrir caminho até a consciência, com a condição de que seja negado. A negativa constitui um modo de tomar conhecimento do que está reprimido; com efeito, já é uma suspensão da repressão, embora não, naturalmente, uma aceitação do que está reprimido (FREUD, 1925/1969, p. 265-269).

Assim a negação (*Verneinung*) marca a operação do recalque e do retorno do recalcado e está diretamente ligado à ideia da afirmação (*Bejahung*).

A oposição *Bejahung-Verneinung* estabelece uma ideia da presença característica do antitético na neurose, ou seja, quando o pai é um furo que se estabelece no infinito, que está lá, isso coloca as coisas desse modo: dentro ou fora de cena (GARCIA, p. 67, 2010).

Verneinung representa, portanto, uma operação que se efetivou na estruturação neurótica e que tem como consequência a divisão subjetiva, característica da neurose. Mas é também acima de tudo uma defesa inconsciente, uma defesa do recalque.

Sobre o conceito do termo *Verwerfung* (rejeição originária), Lacan escreve: “na relação do sujeito com o símbolo, há a possibilidade de uma *Verwerfung* primitiva, ou seja, que alguma coisa não seja simbolizada, que vai se manifestar no real” (LACAN, 1955-1956/1988, p 98). Estabelece a *Verwerfung* como operador da psicose, como rejeição originária que se articula com a não inscrição do Nome-do-Pai, e que o resultado desta operação terá um destino específico: a psicose e seus fenômenos apresentados ao nível da linguagem. Afirma por fim que há um importante desdobramento na estrutura psíquica sobre aquilo que ocorre na relação do sujeito com o significante, quando há uma rejeição originária, ou seja:

A *Verwerfung* será tida por nós, portanto, como forclusão do significante. No ponto em que, veremos de que maneira, é chamado o Nome-do-Pai, pode pois responder no Outro um puro e simples furo, o qual, pela carência do efeito metafórico, provocará um furo correspondente no lugar da significação fálica (LACAN, 1957-1958/1998, p. 564).

Assim Lacan vai demonstrando como a psicose lida com a existência do pai e os efeitos disto, formulando que aquilo que foi rejeitado, não simbolizado na história do sujeito, vai retornar no real, na forma de fenômenos elementares (delírios ou alucinações). É desta maneira que avança na teorização sobre o mecanismo de constituição subjetiva na psicose e que descreve o mecanismo da forclusão do Nome-do-Pai, fundamental para a questão diferencial entre neurose e psicose, bem como para um tratamento possível da psicose pela psicanálise.

No texto *De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose (1957-58/1998)*, Lacan refere ao desencadeamento psicótico o fato de que o Nome-do-Pai, *verworfen*, foracluído, isto é, jamais advindo no lugar do Outro, seja ali invocado em oposição simbólica ao sujeito. É a falta do Nome-do-Pai nesse lugar que, pelo furo que abre no significado, dá início à cascata de remanejamentos do significante de onde provém o desastre crescente do imaginário, até que seja alcançado o nível em que significante e significado se estabilizam na metáfora delirante (LACAN, 1957-1958/1998). Segundo Miller (1996), em *Suplemento topológico a "Uma questão preliminar..."*, no referido escrito de 1958 Lacan vai avançar em relação a Freud por implicar o pai a título de um significante, pois Freud valorizou a função do pai nas psicoses, ao destacar o complexo paterno no centro da análise do caso Schreber. Avança também ao desenvolver que a forclusão do Nome-do-Pai implica sempre a regressão especular e que esta redução tópica ao estágio do espelho causa uma profusão de fenômenos. Assim, a grande novidade do texto é a determinação do significante nas psicoses e a substituição da metáfora paterna pela metáfora delirante.

A teoria lacaniana da psicose na primeira clínica mostra como o assentimento do significante Nome-do-Pai abre as portas da linguagem para o sujeito, portanto, a forclusão do Nome-do-Pai representa a abolição da lei simbólica para o psicótico, o que o retirará do advento da significação fálica, acarretando assim os distúrbios de linguagem e, em particular, a alucinação. A impossibilidade de articulação da cadeia significante, devida a não inscrição da metáfora paterna, é que vai impossibilitar a entrada na linguagem, ou seja, vai impossibilitar que o sujeito habite a linguagem, sendo então habitado por ela (QUINET, 1990).

No livro *O inconsciente a céu aberto da psicose*, Collete Soler retoma Lacan em *De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose*, para lembrar que a teoria da primeira clínica serve para demonstrar que a psicose diz de uma

forma diferente de ordenação subjetiva, o que, portanto, não é representativo de um caos, mas de uma lógica própria causada pela forclusão do Nome-do-Pai e seus efeitos metafóricos. Assim podemos entender que a forclusão do Nome-do-Pai não é um fenômeno, ela não faz parte do observado e só podemos identificar seus fenômenos ao nível da linguagem. Também é preciso se atentar para o convite de Lacan no texto de 1957-1958/1998, quando diz que a questão preliminar ao tratamento da psicose remete ao manejo transferencial possível na mesma, que não contará com os efeitos de deslizamentos do significante em uma cadeia metafórica (SOLER, 2007).

O convite de retorno a Freud da primeira clínica lacaniana no que concerne às psicoses resultou, então, na compreensão sobre o mecanismo de ordenação subjetiva na psicose, o desencadeamento e seus efeitos na linguagem e a estabilização possível, via metáfora delirante, que constitui a primeira base teórica sobre a teoria das psicoses em Lacan.

Para Lacan chegar à formulação de que o inconsciente é estruturado como linguagem, foi necessária uma aproximação da psicanálise com a teoria da linguística de caráter estruturalista. Para o linguista Saussure, o signo linguístico se separa em significado (conceito) e em significante (imagem acústica da palavra), havendo uma prevalência do significado sobre o significante. Lacan utiliza esta proposta teórica para demonstrar sua discordância, pois entende que no nível do inconsciente haverá sempre uma prevalência do significante em relação ao significado, já que ele é constituído por cadeias significantes. Assim o significante passa a anteceder o significado, como mostra a experiência analítica, pois,

[...] o sujeito é representado por um significante para outro significante, sendo a análise uma experiência de significação; trata-se para o sujeito de atribuir significados aos significantes que o marcam em sua história (QUINET, 1990, p. 12).

As concepções de Lacan e Saussure sobre a linguagem são discrepantes porque “enquanto Saussure pressupõe um sujeito consciente, que sabe o que diz, Lacan opera com o inconsciente, onde o sujeito é alienado” (CASTRO, 2009, p.3).

Foi a análise de Freud sobre as formações do inconsciente (sonhos, lapsos, sintomas) que levou Lacan neste caminho, ou seja, o de formular que o inconsciente é estruturado como linguagem.

Lacan propõe, a partir de Freud, duas formas, e apenas duas formas, de articulação dos significantes, designando-as por “as leis do inconsciente”, no texto “A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud”. É

um texto bastante indicativo de que Freud inaugura na história das ideias uma nova razão. Nele propõe as leis do inconsciente, que correspondem do ponto de vista da linguística, à condensação e ao deslocamento, descritos por Freud em *A interpretação dos sonhos*. Quais são essas duas leis? A metáfora e a metonímia (QUINET, 2011, p. 31).

Para explicar o efeito metafórico do significante Lacan utiliza, comparativamente, o conceito de condensação em Freud para demonstrar que é preciso que ocorra uma superposição de significantes, onde um vai substituir o outro e assim por diante. Já para o efeito metonímico demonstra que haverá uma articulação de um significante ao outro por deslizamento, sem substituição. Estas duas maneiras de articulação dos significantes, por superposição ou deslizamento dirão, em última análise, do efeito da inscrição ou ausência da metáfora paterna, do significante Nome-do-Pai e se manifestarão nas falas dos sujeitos, onde se poderá verificar, portanto, os distúrbios de linguagem como as alucinações e os delírios, pois “a ordem simbólica é dada de saída em seu aspecto universal; assim que o símbolo advém, surge um universo simbólico. É a ordem simbólica que dá a armadura que enquadra os fenômenos imaginários oriundos do narcisismo” (QUINET, 1990, p. 13). Desta maneira, a ausência desta ordem, desta armadura simbólica, faz desembocar, por exemplo, no fenômeno alucinatorio verbal, que tem destaque importante nesta pesquisa.

No seminário *As Psicoses* (LACAN, 1955-56/1988), para introduzir o assunto das alucinações verbais, Lacan retoma o psiquiatra francês Jules Séglas, que foi o primeiro a notar evidências de que as alucinações verbais possuíam palavras articuladas pela própria pessoa e que, portanto, elas não tinham sua origem no exterior. Lacan entende a alucinação como um acontecimento central e característico da psicose e diz que é no registro da fala que toda a riqueza fenomenológica da psicose aparece, pois é nela que vemos “todos os seus aspectos, as suas decomposições, as suas refrações. A alucinação verbal, que é aí fundamental, é justamente um dos fenômenos mais problemáticos da fala” (LACAN, 1955-56/1988, p. 47). Em *De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose* (LACAN, 1957-58/1998), podemos encontrar uma reflexão sobre não ser correto nomear as vozes ouvidas pelo psicótico como alucinação auditiva, mas sim como alucinação verbal, haja vista que se fala dela. Nas palavras de Quinet:

Trata-se, pois, da alucinação do verbo e não de um distúrbio ligado aos órgãos do sentido como sua classificação parece sugerir: alucinações auditivas, visuais, tácteis, etc. A alucinação verbal não é redutível a um órgão do sentido. É por não ser auditiva, por situar-se em outro registro, que

os alucinados não a confundem com outros ruídos ou falas não alucinadas e que mesmo os psicóticos surdos-mudos de nascença podem alucinar (QUINET, 1990, p. 19).

Lacan questiona ainda, no texto de 1957-58/1998, o conceito teórico dado como certo pelos psiquiatras, até aquela época, de que a alucinação pertencia a uma alteração sensorial. Basicamente todos até então postulavam que a alucinação é uma percepção sem objeto, uma espécie de excitação sensorial sem um objeto real. Para o desenvolvimento da questão sobre outro prisma, ele começa por analisar a relação entre o sujeito da percepção (*percipiens*) e o objeto percebido (*perceptum*):

[...] em nome do fato manifesto de que uma alucinação é um *perceptum* sem objeto, essas posições contentam-se em pedir ao *percipiens* justificativa desse *perceptum*, sem que ninguém se dê conta de que, nesse pedido, um tempo é saltado: o de interrogar se o *perceptum* em si deixa um sentido unívoco no *percipiens* aqui requisitado a explicá-lo (LACAN, 1957-58/ 1998, p. 538).

Segundo Leonardo Gorostiza (1995), no texto *Sobre la Alucinacion*, é partindo deste questionamento que Lacan subverte esta concepção e reconhece o *perceptum* como um eixo de linguagem, com um alcance causal sobre o sujeito, pois não existe um sujeito ativo da percepção, mas sim um sujeito que sofre os efeitos de divisão do significante. “A palavra, presente na própria estrutura do *perceptum*, aponta que a ‘percepção do mundo’ não é operada fora do campo da linguagem, mas, pelo contrário, é através desse campo que a percepção adquire consistência” (GOROSTIZA, 1995, p.4, tradução nossa¹¹). Lacan faz então uma passagem teórica da ideia de um *percipiens* unificante, que se mantinha em um lugar central, para a passividade de um sujeito que vai padecer dos efeitos do significante.

No texto *De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose* (LACAN, 1957-58/1998) há um avanço teórico importante que diz respeito à relação do sujeito com a voz, ou seja, a alucinação verbal. Lacan vai ali abordar algumas particularidades sobre a relação do sujeito com sua própria fala, ressaltando o fato da impossibilidade de se falar sem se ouvir e de se escutar sem se dividir, pois a fala se presta a um diverso número de equívocos. Em *Jacques Lacan e a voz*, Miller (2013, p. 8) discorre sobre a fenomenologia da fala em Lacan, que dá lugar “à análise da percepção que o sujeito tem da fala do outro, no sentido que toda fala do

¹¹ La palabra, presente en la estructura misma del *perceptum*, señala que la “percepción del mundo” no se opera por fuera del campo del lenguaje, sino que, por el contrario, es a través de este campo como la percepción adquiere consistência.

outro inclui uma sugestão fundamental”. Assim a intencionalidade de significação da fala, que sempre inclui uma sugestão, não necessariamente significa obediência e pode ainda significar desconfiança. A percepção da fala tem, portanto, seus paradoxos, pois o fato do sujeito se ouvir quando fala, implica à mesma um poder de autoafetação, ou seja, o sujeito não pode se escutar sem se dividir (MILLER, 2013).

Porém, este caráter naturalmente paradoxal da fala e da sua capacidade de causar uma divisão no próprio emissor, não opera da mesma maneira na neurose e na psicose, pois a referida divisão só se fará possível para aqueles que assentiram ao significante do Nome-do-Pai. Na psicose, onde não haverá o efeito metafórico da substituição significante, não se conta com o caráter paradoxal da fala, como demonstra o psicótico que tem alucinação verbal, pois a mesma diz de um desconhecimento de sua própria atividade, uma vez que o sujeito não se responsabiliza pelo que ouve na voz. Por isto pode-se afirmar “[...] que ela repousa, por parte do sujeito, em um desconhecimento de sua própria atividade, ou seja, da imputação feita ao sujeito, de ser constituinte, de ser responsável pela alucinação” (MILLER, 2013, p. 9).

Para Lacan, lembra Jacques-Alain Miller (2013), a fala não é a mesma coisa que a voz, pois o conceito de voz em Lacan parte da perspectiva estrutural, que diz respeito ao momento em que o mesmo formula que o inconsciente possui uma estrutura de linguagem:

[...] o ponto de vista estrutural nos obriga igualmente a remanejar a noção de indivíduo, suporte do desenvolvimento, para substituí-lo por um conceito diferente, o de sujeito – que não é o suporte do desenvolvimento, nem mesmo o suporte da estrutura. Nisso, o sujeito é o sujeito do significante; é a única coisa que dele sabemos; ele é suposto pela estrutura da linguagem (MILLER, 2013, p. 2).

2.2.2.2 A voz como objeto a e os efeitos da sua não extração na psicose

Foi a partir da clínica com a psicose que Lacan pode avançar teoricamente a respeito da alucinação, e mais particularmente, sobre o objeto voz em psicanálise, pois o caráter de exterioridade em relação ao sujeito já era amplamente conhecido pelos psiquiatras. Lacan aumenta a lista freudiana de objetos, tanto com a voz como com o olhar, a partir do entrecruzamento de suas experiências práticas e teóricas, a saber, sua experiência como psiquiatra, os estágios do desenvolvimento infantil de Freud e a teoria da estruturação da linguagem desenvolvida por Saussure (MILLER, 2013).

Para compreender a voz como objeto *a* na teoria psicanalítica, se faz necessário inicialmente uma entrada teórica sobre a formulação do conceito de objeto *a* por Lacan, que o elabora paralelamente ao desenvolvimento dos três registros, imaginário, simbólico e real. Porém, será no Seminário *A Angústia* (1962-63) que o autor dará um acabamento formal ao conceito de objeto *a*.

No primeiro Lacan o objeto *a* era fundamentalmente imagem, cunhado a partir do estágio do espelho, recortado no campo do Outro, em que um significante se fazia ausente. O objeto era conseqüente a uma operação significante. À medida que o corpo no espelho ia sendo nomeado, perdia sua substância gozosa e se transformava em significante, mas só até determinado ponto. Isso é correlato ao umbigo do sonho em Freud, em que, de repente, não havia um significante porque aquilo que se apresentava ao espelho não tinha um duplo. Um ponto em que um sujeito não conseguia se fazer representar por um significante para outro significante. Esse ponto é o lugar que Lacan, na época, denominou de matriz simbólica, espaço vazio a partir do qual o simbólico se constitui (LIMA, 2008, p. 46-47).

Antes de Lacan, Freud e outros teóricos desenvolveram a noção de objeto, com destaque para o objeto oral e objeto anal, de forma a se pensar a função do objeto nas respectivas fases oral e anal, referentes aos estágios do desenvolvimento infantil (MILLER, 2013). A teoria lacaniana do objeto *a* parte então das noções do objeto para Freud (objeto pra sempre perdido, objeto alucinado, objeto variável da pulsão) e o ultrapassa ao formular que o objeto nunca será reencontrado, pois na realidade ele nunca existiu, haja vista que só existe como uma causa. Para Lacan o objeto de interesse humano é o objeto do desejo do outro, mais precisamente:

É que o eu humano é o outro, e que no começo o sujeito está mais próximo da forma do outro do que do surgimento de sua própria tendência. Ele é originariamente coleção incoerente de desejos – aí está o verdadeiro sentido da expressão *corpo espedaçado* - e a primeira síntese do *ego* é essencialmente *alter ego*, ela é alienada. O sujeito humano desejante se constitui em torno de um centro que é o outro na medida em que ele lhe dá a sua unidade, e o primeiro acesso que ele tem do objeto, é o objeto enquanto objeto de desejo do outro (LACAN, 1955-56/1988, p. 50, grifo do autor).

Mas e o desejo? Qual é a formulação lacaniana deste conceito? Em *A (não) extração do objeto a na psicose* (2009), há uma descrição sobre o desejo na teoria psicanalítica, que depois será relacionada ao objeto *a*:

O desejo tem um requisito fundamental, trata-se de uma concepção, que tem uma alteridade radical e, que só é possível se constituir a partir da perda do objeto. O que caracteriza a condição absoluta para o desejo se refere à especificidade do objeto *a*. Dito de outro modo, algo tem que restar da relação do sujeito com o Outro, como impossível de ser saciado, para que ele estabeleça relações de demanda com o Outro (SANÁBIO 2009, p. 27).

Em *Jacques Lacan e a voz*, Miller (2013) ressalta que Lacan acrescenta, em seu ensino, os objetos olhar e voz à lista de objetos freudianos (oral e anal), dando à voz o estatuto de objeto assim que reconhece o inconsciente enquanto estruturado como uma linguagem, o que inaugura uma inovação na teoria psicanalítica. Em suas palavras:

[...] o objeto *a* não deve ser situado em coisa alguma que seja análoga à intencionalidade de uma noese. Na intencionalidade do desejo, que deve ser distinguida dele, esse objeto deve ser concebido como a causa do desejo. Para retomar minha metáfora de há pouco, o objeto está *atrás* do desejo (LACAN, 1962-63/2005, p. 114-15, grifo do autor).

O objeto *a* tem então para Lacan uma função lógica, ou seja, “uma consistência lógica que consegue se encarnar naquilo que cai do corpo sob a forma de diversos dejetos” (MILLER, 2013, p. 5). Como causa do desejo, ele prefigura a castração, pois é separado, caído. Irão assim ocupar este lugar:

[...] os objetos que o sujeito perde naturalmente (o seio, os excrementos), os suportes que o sujeito encontra para o desejo do Outro (seu olhar, sua voz) e também a pulsão como atividade de revolver estes objetos, para com isto resgatar, restaurar a sua perda (COSTA-MOURA e COSTA-MOURA, 2011, p.3).

Pode-se entender, pelo desenvolvido até aqui, que a castração, ou seja, a falta no Outro, é então essencial para o acesso ao desejo e para a construção do que Lacan define como fantasia fundamental, que é o que coloca em cena os significantes fundamentais de um sujeito e que serve para um enquadramento da realidade. Lacan definia esse enquadramento da realidade como a articulação do sujeito com esse objeto, que diz da falta no Outro e, portanto, da castração, da inscrição do significante do Nome-do-Pai. Não haverá, assim, construção da fantasia sem uma queda, sem uma extração do objeto, pois a realidade, segundo Lacan, só se sustenta pela extração do objeto *a* (LIMA, 2008).

Se o significante do Nome-do-Pai é o que permite algum enquadramento da realidade na estruturação neurótica, na estruturação psicótica, onde não se contará com a inscrição deste significante, o sujeito não conseguirá este enquadramento da realidade, e o resultado disto será uma identificação à posição de objeto, pois para ele não foi possível uma articulação com o objeto ao nível de uma separação, de uma queda, de uma extração do objeto, como formula Lacan. Dito de outro modo, na psicose o objeto *a* não funciona como causa do desejo, haja vista que não há acesso do sujeito à função fálica. Sem a função fálica, determinada pelo significante do Nome-do-Pai que detém o deslizamento da significação, o psicótico é fadado a

um gozo sem limites e que o impede, portanto, de ceder o objeto, fazendo com que o encontre no Real. Assim,

[...] na psicose, o sujeito traz o objeto no bolso (Lacan, 1967). Nós não encontramos a fantasia fundamental porque não existe um objeto extraído do campo da realidade. O objeto está lá e o sujeito não tem uma relação com esse objeto a partir de uma interpretação passível de fazer laço social (LIMA, 2008, p. 49).

Seguindo o objetivo desta dissertação, passaremos a analisar a voz como objeto *a*, que se faz presente nos fenômenos alucinatórios verbais dos psicóticos que frequentam o Grupo de Ouidores de Vozes. Vale lembrar mais uma vez que esta pesquisa possui foco no fenômeno das vozes consideradas como um fenômeno elementar da psicose, com realce ao que isto tem de marca estrutural e os efeitos disto para o sujeito psicótico.

“A voz para Lacan é um objeto vocal no sentido de um pedaço, um fragmento de alguma coisa que se extrai do Outro e que aí organiza tudo” (VIEIRA, s/d, p.11). Segundo Jacques Alain-Miller (2013), para Lacan o objeto voz é uma função do significante, da cadeia significante como tal, que não se liga a este ou aquele órgão dos sentidos. A voz como objeto não é a fala nem o falar, ela ocupa uma posição de resto, e como objeto *a* habita a linguagem, assombrando-a, por isto não nos servimos dela.

Se falamos tanto, se fazemos colóquios, se conversamos, se cantamos e ouvimos os cantores, se fazemos e ouvimos música, a tese de Lacan comporta que é para calarmos aquilo que merece ser chamado de voz como objeto *a* (MILLER, 2013, p. 13).

É a castração que nos salva da voz no real, deixando o neurótico surdo para ela. Já o psicótico, que é habitado pela linguagem, sofre com o efeito da forclusão do significante do Nome-do-pai, o que faz desembocar na voz da alucinação. A voz alucinada é exatamente aquilo que não se pode dizer e que é subjetivamente atribuída ao Outro.

A voz da alucinação traz o significante à cena, como “atribuição subjetiva” (Lacan, 1998/1957-58: 538), ela é fundadora, é constituinte para a atividade subjetiva. A teorização de Lacan nos informa que a alucinação é um caminho de constituição do sujeito (GARCIA, 2010, p. 72).

A relação entre a voz da alucinação e o sentido que vai sendo construído pelo psicótico é demonstrada no Seminário *As Psicoses* (LACAN, 1955-56/1988), através do exemplo de uma alucinação de uma paciente do hospital Sainte-Anne, onde Lacan trabalhava. A referida paciente escutou de um vizinho, que passava ao seu lado, um xingamento - porca, que a ela se dirigia. Lacan demonstra como conseguiu

retirar da paciente o que vinha antes, ou seja, o que procedia a injúria, a frase completa, ao que ela afirma ter dito antes: eu venho do salsicheiro. Ele utiliza este exemplo para demonstrar como o sujeito recebe a mensagem do Outro na psicose, ou seja, o psicótico não a recebe de forma invertida, pois é ele o emissor da mensagem. Segundo Miller (2013), o ponto crucial da análise de Lacan neste exemplo é considerar o conjunto formado pelo insulto (porca) e pela frase (eu venho do salsicheiro) como uma cadeia significante que foi quebrada.

Na medida em que um pedaço de cadeia significante, quebrado por aquilo que por enquanto chamamos de carga libidinal, não pode ser assumido pelo sujeito, ele passa para o real e é atribuído ao Outro. A voz aparece em sua dimensão de objeto quando é a voz do Outro (MILLER, 2013, p. 11).

Assim, na alucinação verbal o sujeito escuta o próprio inconsciente como vindo de fora, pois se “há alucinação, é a realidade que fala. Isso está implicado em nossas premissas, se afirmamos que a realidade é constituída de sensações e de percepções” (LACAN, 1955-56/1988, p. 62). A voz como objeto *a*, não extraído, não caído, que retorna no real, é o efeito da foraclusão do significante, ela “é exatamente aquilo que não se pode dizer” (MILLER, 2013, p. 12).

A experiência do psicótico com a voz, segundo Marcus André Vieira (s/d), é uma experiência muito violenta de ruptura e por isto não podemos considerar o psicótico como o diretor da cena, pois ele é mais vítima, apesar de assumir algum protagonismo a partir dela. Ele retoma Lacan para dizer que a alucinação

[...] produz um sujeito e não é um produto do sujeito. É sem sentido, mas organiza o sentido, é um fragmento bruto da presença do Outro, mas que constitui e localiza o sujeito no Outro (VIEIRA, s/d, p. 9).

Partindo dessa premissa apresentada até aqui, ou seja, de que o psicótico tem uma maneira particular de relação com a linguagem e que a alucinação verbal é um efeito disto, será apresentado a seguir um estudo de caso sobre um Grupo de Ouvidores de Vozes, realizado com pacientes psicóticos em uma Organização Não Governamental (ONG), chamada *Associação Loucos por Você*. O próximo capítulo trará as narrativas sobre a vida diária com as vozes dos participantes deste grupo, com o objetivo de verificar quais elementos se fazem necessários ou possíveis para que um dispositivo desta natureza possa ser utilizado pelo psicótico, na busca de uma experiência menos invasiva com as vozes.

CAPÍTULO 3 – O CONTATO É O MELHOR CUIDADO

3.1 O Método

Trata-se de uma pesquisa que utiliza da metodologia de Estudo de Caso Clínico a partir da teoria psicanalítica. O caso a ser estudado é um Grupo de Ouvidores de Vozes, composto exclusivamente por psicóticos. De acordo com Ana Cristina Figueiredo (2004), um estudo de caso não se presta a ser um relato repetitivo de acontecimentos e procedimentos, os esforços devem se somar para que o sujeito e suas produções possam aparecer, o que só pode acontecer pela via do discurso, onde se poderá verificar o sintoma na neurose e o delírio no caso da psicose. Em *Caso clínico: o método do exemplo*, outra autora presta um importante esclarecimento sobre o estudo de caso clínico, onde se toma uma instituição ou um grupo como caso:

O metodólogo Yin (2005), por exemplo, considera que o método de estudo de caso é uma ferramenta de pesquisa para situações em que se levanta uma questão do tipo “como” ou “por que”, relativa a um conjunto contemporâneo de acontecimentos sobre o qual o pesquisador tem pouco ou nenhum controle. Dessa forma, o “caso” em estudo pode ser uma pessoa, um evento ou entidade, o que faz, segundo ele, com que o estudo do caso seja frequente em pesquisas desenvolvidas no intuito de compreender e esclarecer acontecimentos sociais complexos (FERRARI, 2010, p. 45).

É de conhecimento que a teoria psicanalítica muito se utiliza do diagnóstico estrutural, respeitando as implicações subjetivas de cada localização psíquica, mas sua clínica se norteia pelas particularidades de cada um, ou seja, pelo caso a caso. De acordo com Miller (2009, p.27, apud FERRARI, 2010, p. 38), “o caso particular não é o exemplar do universal, um caso de uma regra, exemplificação do geral”. Porém, é possível também afirmar que uma metodologia como esta, apesar de empreender esforços para um estudo qualitativo, acerca deste grupo em particular e não sobre todos os grupos desta natureza, pode apresentar resultados semelhantes aos verificados, se utilizados método e teoria aqui descritos, havendo assim possibilidade de ser replicado em outros locais.

Objetiva-se, com este caso, estudar os possíveis usos do Grupo pelos psicóticos que dele participaram, verificando, através de seus relatos, como lidam com a presença cotidiana das vozes, os efeitos do compartilhamento de suas

construções subjetivas para lidar com as mesmas e as possibilidades que um encontro desta natureza pode oferecer para os mesmos.

Para tal intento foram realizados sete encontros de um grupo nomeado como *Grupo de Ouvidores de Vozes Loucos Por Você*, onde os participantes, além de terem um quadro de psicose já desencadeada e serem assistidos pela rede de atenção à saúde mental do município de Ipatinga/MG, também possuíam quadros alucinatórios verbais persistentes. Este grupo foi operacionalizado junto a uma Organização Não Governamental (ONG), a Associação de Usuários e Familiares chamada *Loucos Por Você*, situada na mesma cidade acima referida. Os encontros do grupo foram organizados e conduzidos pela pesquisadora, em uma frequência de uma vez por semana e duração de aproximadamente cinquenta minutos. O local para a operacionalização do grupo era reservado, garantindo a privacidade aos participantes, bem como o sigilo das informações, que foram gravadas e serão arquivadas por cinco anos. Os frequentadores do grupo foram selecionados entre os usuários da *Associação Loucos por Você* que, ao serem convidados, interessaram-se pela participação.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, CAAE 91618818.2.0000.5137. A identidade dos participantes será mantida em sigilo nesta apresentação, onde serão utilizados nomes fictícios para exposição de falas relevantes ao estudo de caso. Todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) em duas vias, sendo uma destinada a cada participante e outra à pesquisadora.

Para um maior esclarecimento sobre a participação de sujeitos psicóticos neste espaço, faz-se necessária uma apresentação da Associação de Usuários e Familiares *Loucos por Você*, de maneira a situar a escolha deste campo e sua relação com a referida pesquisa.

3.1.1. A Associação Loucos Por Você

Fundada no ano de 1998 na cidade de Ipatinga/MG, a *Associação Loucos Por Você* é uma organização não governamental de usuários e familiares de pessoas com sofrimento psíquico mais severos. Possui uma proposta de funcionamento

como Centro de Convivência e tem compromisso e participação atuante no Movimento de Luta Antimanicomial brasileiro. Seus usuários e familiares participaram e participam país afora, dos maiores e mais importantes encontros nacionais que visam discutir políticas de cuidados dentro de uma lógica antimanicomial e são reconhecidos nacionalmente por esta pioneira atuação de inclusão de usuários e familiares junto às discussões das políticas públicas de saúde mental.

Atualmente a *Associação Loucos Por Você* conta com o auxílio de precários convênios para sua manutenção e, como várias ONGs, participa de eventos culturais municipais, onde além de divulgarem seu trabalho, praticam a venda de produtos e com isto arrecadam verba para sua manutenção e gestão de recursos e atividades características ao seu funcionamento. Porém, apesar da precariedade do que conseguem levantar em verbas e recursos, a *Loucos Por Você* recebe diariamente vários usuários, que ali se destinam em busca de convivência e trânsito social, de maneira voluntária. A escolha do local como espaço da convivência e apoio mútuo, seja entre os usuários, seja entre os familiares ou outros que se simpatizam com a causa, se mantém tenaz ao longo dos últimos vinte anos. A solidariedade, as festas culturais, o apoio entre pares e a identificação com o ideal carregado pela instituição, amparada no Movimento de Luta Antimanicomial, é a tônica ligante entre todos que por ali transitam.

Foi devido a esta lógica de funcionamento e de ideologia, ou seja, por ser um espaço de convivência, um local de protagonismo de usuários e familiares, apartado dos serviços formais de saúde mental e com forte tendência à lógica de *Recovery* em Saúde Mental (recuperação e retomada dos papéis pessoais e sociais possíveis a cada um), que este espaço foi escolhido para a operacionalização do Grupo de Ouvidores de Vozes, objeto desta pesquisa.

3.1.2 Composição e operacionalização do grupo

Uma vez realizada a escolha por este espaço, o contato com a presidente da instituição foi feito e a proposta do Grupo de Ouvidores de Vozes, dentro da perspectiva desta pesquisa, foi apresentada aos usuários da associação, com o convite direcionado para aqueles que ouviam vozes e que gostariam de participar de um compartilhamento sobre sua experiência de convivência e enfrentamento das

mesmas. Desta maneira a participação no grupo foi determinada pela condição de ser um ouvidor de voz, não importando se o fenômeno se mantinha atual ou já mais afastado e abrandado. Convite feito, a presença no grupo foi por livre escolha e a forma de participação, tempo de frequência e outros não foram pré-determinados. No dia do funcionamento do grupo, os usuários que estavam presentes eram convidados a participar, o que ocorreu de acordo com as possibilidades e tolerâncias de cada um.

Participaram da pesquisa doze pessoas, sendo oito do sexo masculino e quatro do sexo feminino, com idade entre trinta e sessenta e seis anos. A frequência em cada encontro foi variável, contando com o mínimo de quatro e máximo de sete participantes.

O convite no início de cada encontro do grupo, que tinha a pesquisadora como facilitadora, era de um compartilhamento sobre o acontecimento das vozes em suas vidas e como lidavam com isto ao longo do tempo, o que levou a maioria dos participantes a fazer uma retrospectiva sobre o aparecimento dos fenômenos alucinatórios verbais, dizendo da primeira crise, ou seja, do desencadeamento da psicose para cada um. Nos encontros cada participante tinha uma maneira de relatar, uns mais invadidos, outros mais afastados das vozes, mas todos com a narrativa de um sofrimento contundente causado pela presença das vozes e pelo fato de se sentirem submetidos a elas.

Desde o primeiro contato com os participantes do grupo, quase todos entenderam a proposta apresentada, sugeridos apenas pelo nome do mesmo, ou seja, Grupo de Ouvidores de Vozes. De maneira bastante natural os relatos começaram a aparecer, durante a apresentação pessoal, com realce para o encontro com o fenômeno de ouvir vozes, a primeira vez em que o mesmo ocorreu, seu caráter assustador e enigmático e, na sequência, como cada um tenta, ao longo do tempo, encontrar um sentido, um enredo para este fato em suas vidas.

Vale realçar que os relatos apresentados abaixo não serão utilizados, como lembra Viganò (1999), com o intuito de uma interpretação das falas ali recorrentes, mas sim de um estudo de caso, onde se deve trabalhar com um tempo de compreender, o que poderá acontecer através da observação dos acontecimentos, escuta das palavras, repetições e outros acontecimentos que se fizeram presentes no referido grupo. A retratação deste Grupo de Ouvidores de Vozes pretende extrair o que ele tem de próprio, de forma a não contribuir com uma lógica universal

tendenciosamente classificatória e estigmatizante da psicose. Assim, o realce dado foi circunscrito o máximo possível ao conteúdo relatado sobre as vozes ou em relação a elas.

A seguir serão apresentadas partes dos encontros do *Grupo de Ouvidores de Vozes Loucos Por Você*, com o intuito de abordar o tema da pesquisa, ou seja, como se utilizam desta estratégia e quais efeitos podem ser verificados a partir desta experiência. Para melhor compreensão, a apresentação dos relatos no grupo será dividida em três tópicos, a saber: a) o desencadeamento, o caráter invasivo das vozes e a submissão aos comandos; b) quando ou como conseguem um afastamento das vozes; c) os encontros no grupo.

3.2 O Grupo de Ouvidores de Vozes Loucos Por Você

3.2.1 A voz que insiste, insiste, e não descansa: sobre o caráter invasivo das vozes

Para Freud, tudo o que se considera como manifestações da esquizofrenia são, na verdade, tentativas de cura do sujeito. É uma posição ética diante da psicose, pois trata-se de acolher os sintomas esquizofrênicos como uma manifestação do sujeito e não de considerá-los como erro, déficit ou patologia a ser abolida a qualquer custo (QUINET, 2006, p. 79).

Se a psicose implica, como já revisado no capítulo anterior, em uma maneira diferente de ordenação subjetiva, onde não há inscrição na função fálica, é possível inferir que esta determinação está colocada em tempo anterior ao desencadeamento e aparecimento dos fenômenos elementares como as alucinações e os delírios, por exemplo. Mas apesar desta íntima e, muitas vezes, longa experiência estrutural, o caráter invasivo das vozes, os comandos e a certeza de que aquilo não é de pertencimento próprio, dizem respeito aos relatos desenvolvidos nos primeiros encontros, onde o tema da primeira experiência com a audição das vozes, associado ao momento do desencadeamento foi rememorado naturalmente por muitos participantes.

Joana diz para o grupo que sua primeira experiência com as vozes foi aterradora: “eram várias vozes, não tem uma específica, mas era principalmente um vizinho, não é homem nem mulher”. Explicou que a acusação das vozes era de que ela levava o mal onde estava, “algo mal acontece através de mim”, e localiza como crise o momento de inundação das vozes, que não paravam de falar em sua cabeça

noite e dia. O desencadeamento da psicose de Joana é recente, era estudante de psicologia na época e por isto se afastou do curso. Medo é o sentimento que acompanha as vozes e as crises, como ela própria nomeia. Lembra que já teve três crises, todas depois que os remédios foram reduzidos em suas doses, o que agudizou a presença intensa e ininterrupta das vozes.

José conta que começou a ouvir vozes depois da morte do Ayrton Sena ¹², portanto há vinte e quatro anos. Diz que a voz que ouve é de uma “velhinha que sopra no ouvido, às vezes assovia” e que ela lhe manda fazer coisas erradas, “enquanto não faz, ela não sossega”. As vozes, segundo ele, são de comando, “só voz ruim, manda enforçar, machucar”.

Gabriel relata ouvir várias vozes há aproximadamente vinte anos, não consegue nomeá-las, mas as localiza como sendo vozes masculinas, “a voz é de homem”, que mandam fazer coisas erradas, falam o tempo todo, não sossegam. Por isto acaba tendo que fazer o que lhe pedem, como por exemplo, amarrar corda no pescoço, cortar o pulso, entrar na frente do carro, etc. Diz que as vozes sugerem que ele mate alguém e depois se mate, pois ninguém gosta dele.

Gabriel não faz relatos sobre início das crises. Muito tomado pelas vozes, seu esforço foi de relatar seus sentimentos e temores para com as mesmas. Vale ressaltar ainda que, desde o início dos encontros, podia-se perceber que era o participante do grupo mais tomado pelo fenômeno alucinatório verbal e que não contava com uma formulação de qualquer ordem sobre as mesmas, não tentava montar um enredo, seus relatos eram curtos, mas expositivos de algo que era muito íntimo e ao mesmo tempo muito estranho e invasivo, pois, como corrobora Miller (2013), na alucinação verbal o sujeito desconhece sua própria atividade e não consegue se responsabilizar por aquilo que ouve da voz, ou seja, pela sua alucinação. Também é possível observar que os intensos comandos das vozes se apresentam como um produto de um trabalho psíquico contínuo, na esquizofrenia, onde não se conta, a princípio, com elementos para a tentativa de uma construção delirante. Como os recursos com a linguagem se fazem mais escassos que na paranóia, as vozes, ainda sem possibilidades de serem historicizadas, são experimentadas, sem dúvida, com muito sofrimento.

¹² Piloto brasileiro da categoria Fórmula I, morto em um acidente automobilístico durante uma corrida no ano de 1994.

No caso da paranoia, o advento de uma metáfora delirante tem como produto um significante-mestre que representa o sujeito, constituindo-o como o centro de seu sistema delirante. Não é o caso da esquizofrenia, onde não há produção de um S1 que possa se articular ao S2 ordenando seus pensamentos com representações-meta. Podemos supor que alguns fenômenos esquizofrênicos tem justamente a função de representação-meta, como, por exemplo, a alucinação (QUINET, 2006, p. 71).

Carlos também explica que ouve vozes há mais de vinte anos, “ouço vozes quando estou em crise, tenho alucinações, mas as vozes que eu ouço eu não consigo identificar porque são tipo zumbi”. Refere ainda quadros de alucinações visuais no início do desencadeamento da psicose, com gente andando nas nuvens, nuvens se abrindo e a água descendo, carros andando em cima dele e o céu se abrindo. “Eu não conversava com ninguém, tinha medo, pânico das pessoas”, diz com convicção que as visões eram mais assustadoras que as vozes, ou seja, que a alucinação visual possuía um caráter mais invasivo que a verbal.

Pedro relata suas vivências com as vozes, que diz serem de três meninos, ou seja, são várias vozes que falam ao mesmo tempo nele:

Minha experiência com as vozes é grande, é uma experiência muito grande, e mesmo assim me dá medo! É muito tempo mesmo, muito tempo. Às vezes as vozes mandava fazer coisas que não devia, autoextermínio, matar pessoas. Tenho sofrido demais com esse trem na minha cabeça, eu vou ser sincero com você, às vezes eu tenho que me controlar, eu tento me controlar o máximo que posso, mas às vezes eu não consigo segurar (sic).

Mateus diz que ouve vozes há oito anos e que as mesmas o perturbam vinte e quatro horas, sem parar: “fui envenenado, aí depois que eu fui envenenado começou as vozes. Assim enfraqueci também, essas coisa demoníaca sabe, veneno demoníaco, aí começou a sua voz do demônio, aí está até hoje” (sic). Diz também do retorno incessante das mesmas, “o problema é que insiste, você quer não dar atenção, mas insiste, insiste, insiste, não descansa”. A voz que ouve o chama para a morte e assim relata ao grupo: “falando assim toda noite - eu vou desejar que você morra e que você acorde no lugar que você não sabe - fala assim toda noite, e tem anos, tem oito anos! E até hoje a voz vem e fala comigo”. Nomeia a voz, “é de Hades, é um servo do inferno. Descobri de Deus, através de Deus, Deus revelou” e conclui, enfaticamente: “não descansa e fazem falsas promessas”.

Os relatos acima demonstram o caráter experimentado como de exterioridade da voz e de como esta formulação é sofrida para o indivíduo ali em questão. Colette Soler, no livro *O inconsciente a céu aberto na psicose*, ao retomar Lacan naquilo que desenvolve sobre a alucinação na psicose, escreve:

Longe de ser o organizador do *perceptum* da cadeia, o sujeito é seu “paciente”. Ou seja, ele sofre um certo número de fenômenos que decorrem do fato de a fala e a cadeia significante já estarem organizadas: quando é o outro que fala, ele sofre o efeito de sugestão; quando é ele quem fala, divide-se em locução e audição. Quando ele é alucinado, sua fala é ouvida como vinda do outro, e uma oscilação lhe é imposta entre um momento de incerteza alusiva e de certeza alucinatória. Ele não é agente, ficando, ao contrário, sujeitado ao efeito do *perceptum*, produzido não como unificador, mas, justamente, como equívoco e duplo (SOLER, 2007, p. 36, grifo do autor).

Jorge conta que a audição de vozes se iniciou em uma cena cotidiana no lar, há muitos anos atrás, mas não precisa o tempo:

[...] eu estava lavando roupa pra minha esposa e bati a roupa assim naquele lugar, né, fui pegar o cobertor, virar assim as costas, né, e lá tinha um varal atrás de mim. Aí falou comigo assim: deixa de ser besta rapaz! Cê é um otário, fica arrumando as coisas pra sua esposa aí? (sic).

A rememoração do tempo do desencadeamento, hoje já bem distante para a maioria deles, chama a atenção pela exigência psíquica ainda muito comentada como um acontecimento radical e significativo de suas vidas, como é apresentado nos relatos, onde se fixam em detalhes e lembranças muito nítidas, apesar do tempo de evolução da convivência com as vozes. Sobre este intenso trabalho psíquico, o autor do livro *Psicose e Laço Social* (2006) apresenta:

Na verdade, o esquizofrênico mostra a céu aberto o funcionamento desse trabalhador incansável que é o inconsciente, que nos faz pensar continuamente, mesmo quando dormimos. Não poder parar de pensar é muitas vezes o que o esquizofrênico sente, tendo a impressão, diz Bleuler, “de ser obrigado a pensar, de que ‘isso’ pensa nele contra sua própria vontade, de que as pessoas lhe ‘fazem’ continuamente pensamentos, tudo isso geralmente sentido como uma desagradável sensação de esforço”. Trata-se aqui da automatização do pensamento inconsciente percebida como o discurso do Outro, alheio ao sujeito (QUINET, 2006, p. 73).

O tema das tentativas de autoextermínio devido a uma exigência das vozes ou devido a uma exaustão de forças para lidar com os comandos é relatado por vários participantes e toma conta de diferentes momentos dos encontros, pois quase todos se manifestam e têm uma história para contar.

Mateus revela sobre tentativa de autoextermínio por enforcamento e remédio, “peguei um tanto de remédio na caixa, assim, qualquer um, peguei e tirei, peguei e tirei, peguei aquele tanto de remédio e tomei tudo de uma vez. O suicídio não é a solução”. Carlos relata várias tentativas de autoextermínio com remédios e corda, quedas, fugas e explica: “porque muita das vezes as vozes são vozes de comando, ela manda você se suicidar, aí você obedece ela e se suicida. Tem, já ocorreu caso de um colega nosso aí que obedeceu a voz e suicidou” (sic). Lembra ainda que a

voz nunca lhe mandou matar outra pessoa, mas sempre a si mesmo. Gabriel desabafa:

As vozes ficam só me enchendo a paciência, tentei cortar e se matar. Essa é uma voz de comando, ela fica só pedindo, pedindo, pedindo, enquanto você não faz o que ela pede, não sossega. Pedi pra mim cortar o pulso, eu tentei cortar. Não consigo ficar quieto, fico agitado e fico tentando pegar algum objeto pra me saciar aquela vontade que a voz tá pedindo (sic).

Pedro conta que as vozes falam e geralmente o comandam: “pega essa faca e enfia no pescoço do seu irmão, enquanto ele tá dormindo, e mata sua mãe também. Peguei a faca assim, ó, pra furar minha mãe”. Elas também o depreciam, não escolhem lugar ou hora e dizem: “quê que cê tá fazendo aí? Seu lugar não é aí! [...]” (sic). Estes questionamentos das vozes já o levaram a dormir em cemitério e a tomar vários remédios para morrer. “Toda hora fica na minha mente mandando matar e sair andando: - mata e sai andando, mata e sai andando, mata e sai andando”. Diz sair andando sem rumo para não obedecer às vozes, “vou pegar um caminho, é a única maneira pra não matar”. Conta também sobre um episódio em que as vozes o mandaram quebrar copos no chão de um local onde estava, quando então chamaram o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Explica que a presença do SAMU era o que amenizava os comandos.

Os sintomas psicóticos aqui relatados, muitos deles presentes nos momentos iniciais dos desencadeamentos e outros em períodos de crises recorrentes, são, para a psicanálise, “[...] diferentes modos de adaptar-se a um rompimento com a realidade, de compensar o desencadeamento efetivo da psicose [...]” (VIGANÒ, 1999, p. 40). Porém, o alívio alcançado em alguns casos, dizem de uma radicalidade em relação ao outro e a si mesmo, onde a vida fica no limite, como demonstram os participantes e seus relatos sobre tentativas de autoextermínio ou do extermínio de terceiros. Todos os relatos aqui apresentados acabaram por conseguir uma ultrapassagem do momento da crise: os serviços de urgência, colegas e familiares foram sendo citados como aqueles que, de alguma maneira, conseguiram operacionalizar cuidados que barraram os comandos altamente invasivos das vozes alucinadas.

3.2.2 Aí eu vou ver até onde você vai aguentar: quando ou como conseguem se afastar das vozes

Todos os participantes do *Grupo de Ouvidores de Vozes Loucos Por Você* disseram de uma expectativa de se verem livres das vozes. Seus esforços, diários e contínuos, se dão na tentativa de amenizar ou diminuir o caráter invasivo e assustador das mesmas e, apesar de uns conseguirem uma convivência mais apaziguada, outros vivem tomados por esta experiência de intenso sofrimento.

José fala que já colocou pedra no ouvido e ainda introduz outros objetos no mesmo, na tentativa de abafar a voz. Diz também que já tentou gravar com um celular, chegando o mesmo próximo ao ouvido, mas não deu certo: “eu pelejei para gravar e não consegui, pegava o celular e colocava perto do ouvido para gravar”. Conta ainda sobre vários episódios de automutilações onde se fura, machuca ou corta na tentativa de se livrar das vozes. Ressalta também que tomar remédios para diminuir as vozes não adianta muito para ele. Mais uma vez o caráter de exterioridade da voz é apresentado neste relato: a tentativa de gravação denota a certeza quanto a isto e as diversas incursões de objetos no orifício auditivo se apresentam como tentativas de barrar a voz.

Joana diz que resolveu anotar o que as vozes diziam e que já havia escrito mais de vinte páginas, onde colocava os ditos das vozes, ou seja, as palavras das mesmas. Encontra na escrita uma estratégia para tentar organizar o pensamento e um entendimento subjetivo sobre o que lhe acontecia. Pedro acha que conversar e ficar perto de quem gosta pode amenizar o efeito das vozes. Já Gabriel, muito invadido pelo fenômeno alucinatório verbal, diz que nada da voz mudou em vinte anos. “Estou ansioso demais, quero viajar e às vezes eu sou limitado pra isso. Se bate uma tristeza ela já vem e fala, mas de vez em quando ela vem do nada”. Mais silencioso, ao ouvir os participantes relatando tentativas de se livrar das vozes, explica, num esforço de apresentar sua trajetória, que apesar das vozes não terem mudado em sua frequência e imperatividade, ele mudou em relação a alguns projetos, quando então cita a participação em uma atividade de jardinagem do Centro de Atenção Psicossocial tipo II (CAPS II) municipal, na qual se mantém participativo há um bom tempo. Conta ainda sobre um episódio onde andava para tentar se livrar das vozes, pois andar tem efeito de competir com as mesmas:

[...] aí fui andar: - assim cê vai comigo até um certo ponto, aí eu vou ver até onde cê vai aguentar. Fui lá pro Parque Ipanema, e dei umas não sei quantas voltas lá, até ela sumir (sic).

Carlos diz que ainda hoje as vozes tentam dominá-lo, mas que não conseguem. Lembra para todos que tem aprendido isto ao longo dos últimos vinte anos e que já foi muito comandado, com várias tentativas de suicídio: “passaram vinte anos para aprender a não obedecer. Outra coisa também que eu acho que me ajuda muito é a comunicação, entendeu?”. Refere-se, repetidas vezes, a um psicólogo que o acompanhou no início do seu percurso pelos serviços de saúde mental, como alguém que introduziu uma possibilidade diferente de lidar com as vozes, naturalizando-as, e que questionou a maneira como ele se posicionava, o que causou importantes efeitos:

Ele me disse: - Carlos, quando você estiver ouvindo vozes e você não estiver aguentando mais, passa perto de alguém e cumprimenta! Aí eu passei a fazer isso e ajudou! Cumprimentar as pessoas que você está passando perto, mesmo que você não conheça, você fala bom dia, aí você recebe um bom dia daquela pessoa, aí vai amenizando.

Este relato condiz com uma tentativa de construir uma saída para lidar com o medo que as pessoas em geral lhe causavam, pois Carlos disse várias vezes para o grupo como se isolava e se afastava de todos no tempo do desencadeamento da psicose e do aparecimento das vozes e visões. Ele entende que a intervenção do profissional o encorajou a enfrentar isto, através do cumprimento às outras pessoas, da comunicação com as pessoas, como gosta de lembrar. Cito Carlo Viganò, quando reforça a importância de um processo de reabilitação em saúde mental que leve em conta a estrutura do sujeito:

O homem, quando é tomado por uma doença mental, não se transforma por isto em um animal pavloviano. Ao contrário: se ele adocece, é exatamente porque o homem não pode ser domesticado. Logo, uma reabilitação que renuncie ao tratamento no nível da comunicação, - da comunicação e dos seus sintomas - será uma reabilitação impotente no nível da doença (VIGANÒ, 1999, p. 40).

Hoje já consegui construir várias estratégias subjetivas para não obedecer às vozes, lista que lê livros, lava vasilhas, anda de bicicleta ou vai para a *Associação Loucos Por Você*, sempre na tentativa de se distrair das mesmas:

Eu ouço vozes também. Eu ouço, mas eu, quando eu estou ouvindo muito as vozes, eu leio livros, principalmente livros de história do Brasil, gosto muito de história do Brasil, aí eu pego e leio e aí as vozes, elas acabam, vai acabando aos poucos. [...] enquanto eu estou lendo eu estou prestando atenção só naquilo, eu estou colocando a minha mente ligada, focada no livro, entendeu? Aí eu esqueço as vozes.

Mateus não acredita que tenha outro jeito de lidar com as vozes a não ser através da palavra de Deus, é respeitoso com outros relatos onde há outras

tentativas de lida, mas não vacila em sua certeza. Carlos relata uma opinião diferente e diz por que evita algumas passagens bíblicas:

Biblicamente falando, eu, quando eu tinha alucinação visual, eu via muito o céu abrir e um homem com cajado na mão, tipo Moisés, então eu não sou muito assim de ler a Bíblia, porque eu acho meia complexa, mas não quer dizer que eu não acredito em Deus não, eu creio em Deus. Eu vou à igreja, mas eu não gosto muito de ler a Bíblia, porque ela pode é nos fazer um pouco de mal, pra quem ouve vozes, porque principalmente o livro de Apocalipse ele é muito, [...] é muitas revelações fortes que passa pra humanidade. Então eu, eu no meu pensar, se eu começar a ler um livro do Apocalipse, eu vou começar a ter mais alucinações (sic).

Quando Maria, outra participante, diz que não tem ouvido mais vozes, Mateus logo formula: “vai ver a voz desistiu de você, uai!”. Para ele é impossível se abrir uma construção de algo que ele possa fazer para afastar as vozes, portanto, a decisão de desaparecer é das vozes e não do próprio ouvitor. Apesar de demonstrar respeito por aquilo que a outra participante diz, retorna mesmo é na sua concepção, de que foi o representante do mal, contrário a Deus, quem desistiu dela. Fica bem demonstrado neste momento do grupo o trabalho deste participante em direção a um enredo delirante; há de sua parte um intenso esforço psíquico que vem sendo construído através das palavras de Deus, daquilo que está escrito na bíblia, das oposições de forças entre o bem e o mal e a tentativa de historicizar seu sofrimento e sua experiência com as vozes, pois:

[...] o sintoma não é outra coisa senão o esforço do sujeito para libertar-se da dependência devida à forclusão. Portanto, o delírio, a fragmentação do corpo, autismo, melancolia são algumas estratégias para se curar, para sair do automatismo, para romper a assim chamada simbiose (VIGANÓ, 1999, p. 41).

Ademir, que participou do grupo apenas uma vez, conta que tem milhares de pequenos papéis onde escreve as boas palavras. Relata aos participantes seu caminho, também longo e já com uma formulação delirante sobre os motivos do seu sofrimento, ao qual se dedica ininterruptamente há mais de vinte anos:

No meu caso, pra mim, de combate, é a oração. Na verdade eu recebo muito pensamento positivo, e muito pensamento negativo. E aqueles que são bons, aqueles que são relevantes, aqueles que são positivos, aqueles que realmente te colocam pra cima, eu escrevo. É quase uma psicografia, é parecido com uma psicografia, mas não é.

Já Gabriel refere o cuidado com plantas, “aprendi os recursos né, que tem. É vários métodos que tem, caminhada, a oração também” (sic). Jorge foi outro participante a enfatizar a importância da comunicação como estratégia de alívio.

Pergunta à pesquisadora por que se escutam vozes e a causa delas aparecerem, ao que ele mesmo responde: “acho que é falta de amigo, desde que eu aposentei”.

O grupo aqui em discussão demonstrou-se, a princípio, como potente espaço para a comunicação dos sentimentos que experimentam ou experimentaram em relação às vozes, ou seja, o que elas dizem e o que eles sentem frente a isto: as aflições, os receios e os medos. Porém, no decorrer dos encontros os relatos foram sendo apresentados na tentativa de comunicar pequenas estratégias para suportar, despistar, apaziguar ou afastar as vozes, enfim, foi-se operando um esforço individual de narrativa para cada experiência, que fez precipitar as convicções já mais elaboradas de alguns e o franco desamparo de outros.

Joana diz que o afastamento das vozes se deu por um raciocínio lógico, um recurso ou estratégia em que usa a cognição para tentar decifrar e se contrapor às mesmas. Entende que isto não significa poder de cura, nem as impedem de aparecer, mas que a auxiliam a lidar com mais tranquilidade e provocam, por fim, algum distanciamento. Assim conclui para todos:

[...] como pode ter gente falando de mim em todo lugar que eu vou? Como pode uma pessoa ser falada em todo lugar? Como é que uma pessoa, uma cidade inteira está mobilizada para falar de mim? Eu devo estar me dando muita importância. Quando estou fora da crise eu tenho autocrítica. É impossível todo mundo me ver, todos falando de mim (sic).

Seu relato demonstra uma relação um pouco diferenciada dos outros participantes do grupo, pois fala das invasões das vozes com desconfianças, perguntas sobre a veracidade das mesmas, apesar de atualizar o sofrimento pelo qual passava e fazer uso de antipsicóticos, que a ajudaram no quase desaparecimento das mesmas. Este relato coloca-nos a possibilidade de uma hipótese de um caso de audição de vozes fora de uma estrutura psicótica, o que Maleval (2012) retoma como o antigo diagnóstico de Loucura Histórica, onde manifestações mais exorbitantes, como as confusões alucinatórias, se fazem presentes.

Este raciocínio se faz presente aqui como uma maneira de exemplificar o que foi discutido no primeiro capítulo da dissertação, onde se apresenta o fato de que muitos Grupos de Ouvidores de Vozes possuem participantes que ouvem vozes, mas que não necessariamente estão dentro da estrutura psicótica, e como este fato, de localização estrutural, abre recursos diferentes para lidar com esta experiência. Vale ainda, neste caso específico, esclarecer que Joana, duas semanas após sua

participação em um encontro do grupo, sofreu um Acidente Vascular Cerebral Transitório, e que posteriormente passou por cirurgia cardíaca, pois teve um quadro clínico que alterava sua oxigenação cerebral. Este episódio, apresentado aqui com a permissão desta participante, abre espaço também para uma discussão acerca dos fenômenos alucinatórios verbais associados a quadros clínicos, conhecidos como psicose orgânica, que também podem estar presentes fora de uma estrutura psicótica. Não se pretende, com estas reflexões, uma discussão sobre diagnóstico psicopatológico, mas sim sobre a importância de se levar em conta, de entender o que a filosofia do Grupo de Ouvidores de Vozes reclama, ou seja, de que nem todos que ouvem vozes são necessariamente esquizofrênicos.

João discursa em tom aconselhador, sobre sua convicção de que há dois mundos na vida de todas as pessoas, “[...] o mundo bom e o mundo mal, tem o mundo espiritual e o carnal”. Diz que cada um deve procurar uma igreja para se libertar das vozes e lembra que não importa qual é a igreja, que isto é uma escolha pessoal, “[...] cada um tem sua igreja, vai na católica, vai na evangélica e vai se libertar de tudo desse negócio”. Tem suas elaborações formuladas pela via da espiritualidade, culturalmente marcadas pelas figuras do benzedeiro, raizeiro e outros, que são por ele citados várias vezes:

[...] se fosse olhar tava envolvido com um mucado de pobrema por causa de ouvir vozes, porque minha mãe, ela foi consagrada mãe de santo do catimbó. Nós cresceu, nós ia na igreja, nós comia do catimbó, a comida, o banho, tudo era do catimbó. É, fazia a cerimônia forte e batia dentro de casa e depois es ia no centro, aí cresceu com aquilo na mente e tal. Depois nós foi pra igreja evangélica, aí começaram a falar, era existência de demônio, da existência de Deus, aí nós foi e largou o catimbó, agora nós tão na igreja evangélica, agora só na igreja evangélica (sic).

Os relatos de João no grupo não dizem de uma experiência intensa com as vozes, apesar de participar de quase todos os encontros, de se nomear um ouvidor de vozes e de usar vários medicamentos antipsicóticos; o que ele apresenta no grupo são formulações a respeito do fenômeno de ouvir vozes. Refere que já ouviu vozes, mas não relata nenhum teor de invasão atual com as mesmas. Suas formulações apontam para um caminho condizente com a recuperação de papéis possíveis no seu contexto de vida, dentro da lógica de recuperação pessoal em saúde mental. Suas crenças, atreladas aos significantes religiosos que traz em seu discurso, fazem parte também da sua cultura familiar e social. Primeiro fala dos

rituais do Catimbó¹³ e depois dos rituais evangélicos, que os colocaram, os familiares e ele em particular, em um caminho das forças do bem e de apaziguamento de seus sintomas. Seus percursos por diferentes espaços religiosos e de convivência fazem parte de uma cultura familiar, pois como cita, sua mãe era do Catimbó, o que abre um universo amplo de crenças para construções psíquicas que se amparam em todo seu processo de vida, cultura, crenças e relações. Desta forma, ele toma posse dos recursos que tem à sua volta e os associa aos seus recursos psíquicos para construir uma sustentação de vida mais ativa e independente pela cidade, onde consegue realizar atividades que escolhe, para significar seu dia a dia.

Jorge, muito sedado por remédios, relembra sempre a cena de estender as roupas no varal com a esposa e a voz a lhe retaliar, para deixar de ser bobo por ajudá-la, pois ela não merecia. Diz o que aconteceu depois que falou das vozes para a mesma: “aí depois que eu comecei a falar com minha esposa das vozes, elas caíram sabe”. Este participante tem também uma crença eficaz nos medicamentos que a esposa lhe administra, muitas vezes por seus critérios, e que são por ele nomeados como “escudos para as vozes”. O amor pela mulher fez com que rememorasse e cantasse por mais de uma vez um trecho da música *Boate Azul*, de Benedito Onofre Seviéro, que diz, “doente de amor, procurei remédio na vida noturna”, e que traz um dizer particular sobre seu desencadeamento e o teor das vozes, ou seja, sua dor de amor em relação à mulher e a desconfiança delirante que relata sobre o início dos seus sintomas.

Carlos repassa para o grupo as suas elaborações, seu caminho construído para lidar com o sofrimento psíquico mais severo, sem deixar de lembrar, mais uma vez, que tem mais de vinte anos que convive com as vozes, “[...] eu aprendi a conviver com as vozes e com as minhas visões, eu aprendi tá, eu sei diferenciar o que é razão e o que não é razão, eu sei, mas é difícil aprender isso”. Relembra várias vezes como o encontro com profissionais e usuários dos serviços públicos abertos de saúde mental foram determinantes para seu processo de convívio mais apaziguado com as mesmas:

Depois que eu adoeci aí que eu passei a conviver com psicólogo, psiquiatra, com terapeuta, com os estagiários das escolas e conviver com os ditos

¹³ Conjunto de práticas religiosas brasileira, de raiz indígena e com diversos elementos do cristianismo e, dependendo do lugar onde é praticado, também com notáveis influências africanas. O Catimbó baseia-se no culto em torno da planta Jurema (SALLES, 2010).

loucos. Aí eu passei a ficar comunicativo, e isso me ajudou até mesmo a parar de ouvir muito as vozes [...]. Eu aprendi aqui, porque no início eu num identificava, e isso me deixava mais ruim. Aí, o que acontecia? Eu ouvia tantas, tantas vozes, que me dava pânico, eu ficava com medo, eu tinha medo dos meus filhos que era recém nascido, eu tinha medo da minha mãe que me gerou nove mês, eu tinha medo do meu pai que tratou de mim a vida toda! Agora imagina o povo da rua e o pessoal da sociedade? (sic).

Mesmo tendo desenvolvido uma boa capacidade de oratória e se apresentar como alguém que consegue conviver bem com as vozes, houve dias em que esteve muito agitado por causa das mesmas e não conseguiu participar do grupo. Mas foi possível colher, em seus relatos, como Carlos construiu, junto à *Associação Loucos Por Você*, um lugar de liderança e militância, onde se tornou um bom comunicador e um decidido ativista antimanicomial, encarnando também um exemplo de um psicótico em processo de recuperação pessoal, pois como nos lembra Tereza Duarte (2007), a Abordagem de *Recovery* em Saúde Mental possui também uma dimensão política e social, onde se fazem muito importantes a existência de movimentos de usuários e familiares que exerçam ações de cuidado mútuo e o suporte entre pares, além das defesas dos direitos e contra os estigmas.

Mateus diz de suas tentativas para lidar ou se livrar das vozes, através de frases soltas, que vão ganhando algum sentido à medida que prossegue nos seus relatos: “texto decorado”, é o que as vozes lhe dizem.

É bom procurar resposta na Bíblia sagrada. Quando ele olha pra mim, tenho convicção que está olhando pra mim, que reflete o caráter de Deus. Por isso ele me odeia tanto. Que a promessa é destruir Deus, como ele não pode, ele tenta destruir eu, você, seus filhos (sic).

Pode-se observar com este relato a tentativa de remodelação da realidade, descrito por Freud, que este participante vem tentando construir após o desencadeamento da sua psicose. Os fenômenos alucinatórios verbais até pouco tempo não o deixavam sair de casa, mas agora vai aos poucos conseguindo dar nome à voz - Hades - e tenta dar um sentido à sua experiência, pois segundo ele a tentativa da voz é de destruí-lo, porque ele é o reflexo de Deus, mas como Deus é muito forte, ela o ataca, por ele ser mais fraco. Também relembra para o grupo sua longa trajetória após o desencadeamento, ou seja, mais de oito anos, com a presença diária das vozes. Como vive muito isolado, o encontro com outros ouvidores o encorajou a falar sobre seu trabalho psíquico, exemplificando assim a maneira como se dá o trabalho da psicose. A clínica psicanalítica com psicóticos, orientada pelo ensino de Lacan, indica que há uma direção do tratamento, mas que

esta tem suas particularidades. Ensina que o acompanhamento das construções delirantes, trabalho solitário do psicótico, demonstra uma evolução, uma tentativa de cura:

A direção do tratamento se dá, portanto, no sentido de estimular a historização dos fenômenos, isto é, fazer o sujeito identificar em suas alucinações as palavras ouvidas que lhe tenham vindo do Outro, e favorecer as construções delirantes que lhe permitam circunscrever o gozo (como máquinas, sistemas, etc.) (QUINET, 2006, p. 54).

3.2.3 Como nós são milhares no mundo inteiro: os encontros no grupo

O diálogo, a comunicação, a quase ausência de juízos de valores e um respeito sempre presente pelo sofrimento causado pelas vozes foi o que deu o tom aos encontros do *Grupo de Ouvidores de Vozes Loucos Por Você*. Muitos foram os momentos de descontração, risos e aconselhamentos, mas o fato de estar entre vários que partilhavam a mesma experiência, para falar das vozes, foi diversas vezes ressaltado como algo inédito e importante. O convite para o uso da palavra frente à voz foi legitimado pelo grupo, corroborando o que diz Carlo Viganó a respeito da escuta do psicótico e sobre considerar sua palavra e seu discurso:

[...] Lacan sustenta que o psicótico é um sujeito estruturado, mesmo se ele se encontrar fora do discurso social. Não discutir com ele, não falar com ele é uma forma de excluí-lo. Mas, também ficar com ele sem o discurso é uma forma de exclusão e de segregação. Noutros termos, a segregação, que se pode criar com a abertura dos manicômios, é criar outros lugares onde se faz barulho sem falar (VIGANÓ, 1999, p. 39-40).

O espírito de solidariedade e empatia dos participantes se mostrou presente em vários momentos do grupo. Gabriel relata que gosta de música e que ela às vezes distrai as vozes que escuta: “eu gosto de música, ela diminui um mucado. Eu tô é procurando, na busca disso né, de alguma coisa pra parar um pouco, pra bloquear um mucado” (sic). Tão logo se manifesta, os participantes passam a dar sugestões sobre onde encontrar aulas de música e coral, através da rede pública de serviços ou pelas iniciativas privadas, associações, igrejas e outros. Ele ainda conta que recorre muito à internet, “eu gosto muito de YouTube né, então eu vou lá e pesquiso, assisto vídeo de como fazer horta, como plantar [...]”, o que é imediatamente reconhecido como um recurso acessado também por outros participantes, em relação aos interesses pessoais.

Joana, após ouvir outros relatos, diz achar que sua experiência é parecida, porque todos ali relatam vozes de comando. Mateus também reconhece a sua

vivência com as vozes como próxima à dos participantes e diz: “como nós são milhares no mundo inteiro!”. Conta ainda sobre modificações da voz com o passar do tempo: “modificou, está diminuindo” e ressalta que não sabia que outros passavam coisas parecidas, “eu achava que era só eu”. Mostrou-se admirado várias vezes e manifestava concordância com vários relatos dos participantes, como o acesso de vídeos compartilhados pelo site YouTube, caminhadas pela cidade para distrair as vozes e a busca de sentido para seu sofrimento na palavra de Deus. Em determinado encontro conclui: “muita gente igual eu tem consciência sensível. Eu tenho consciência sensível, se ouço determinado tipo de música me afeta, eu vejo as coisas, eu nem acredito! Acredito na Bíblia, em Deus que é além da Bíblia [...]”.

Em outro encontro Carlos comenta sobre o acontecimento do grupo na referida associação:

[...] nunca nos reunimos para falar do nosso sofrimento [...], mas aqui eu aprendi a conhecer aquele que está com problema. Conversar com outras pessoas, por isso que eu acho que a *Associação Loucos Por Você* é muito importante pra nós. É bom que você expõe o seu sentimento. É bom pra gente, que aí a gente vê que não é somente eu que ouço vozes, tem outras pessoas também que é igual a mim, ouve vozes (sic).

Assim como outros participantes do grupo que eram frequentadores assíduos da *Associação Loucos Por Você*, Carlos entendia o Grupo de Ouidores de Vozes como uma atividade “da” associação e não “na” associação. O relato acima demonstra como este participante, em especial, sempre coloca a importância do espaço da convivência na associação, mas realça como algo nunca experimentado a vivência de poder falar das vozes de maneira coletiva, ali no tempo do grupo. Diz ainda que acha bom porque “[...] sai pra fora né! O contato é o melhor cuidado!”.

Maria lembra para os outros participantes que apesar de hoje estar bem, já experimentou momentos dramáticos, e que alguns que ali estavam também passaram por muitas dificuldades e crises, o que os faz parceiros, pois já possuem uns vinte anos de convivência. Ela também repara como um antigo colega que participa do grupo está “decadente”, diz que ele já teve épocas melhores, ao que Carlos também concorda e sugere ao referido colega que ele tente diminuir, com seu médico psiquiatra, a dosagem dos medicamentos.

Tentar diminuir a dosagem do medicamento né. [...] eu mesmo conversei com o médico e falo: - doutor, eu estou desconfiado que eu não preciso tomar tanto medicamento, vamos fazer um teste, vamos tirar um pra ver se dá certo? Foi assim que eu consegui até hoje chegar nesse, e eu ainda vou tentar diminuir mais ainda, porque eu acho que está muito ainda (sic).

Quinet (2006) apresenta algumas condições preliminares para facilitar a inclusão do psicótico, com sua forclusão do Nome-do-Pai: incluir a forclusão é o seu convite. Dentre algumas condições para que isto possa se efetivar, o autor destaca a importância da inclusão do sintoma no diagnóstico, pois é ele que remete à estrutura e ao sujeito, é ele que diz respeito à norma de funcionamento psíquico. Assim, discorre que o tratamento farmacológico não deve competir com as tentativas de cura inerentes ao sujeito, como o delírio e a alucinação, mas ampará-lo em alguma medida, para atenuar os sintomas, pois não conseguirá eliminá-los por completo, o que é explicado por Carlos ao colega extremamente sedado naquele dia. Os convites, para negociar diminuição ou troca dos remédios e de um apoio entre pares ali na associação e no grupo, parte de quem conhece subjetivamente a experiência com as alucinações verbais e os efeitos dos remédios em seu corpo e psiquismo. Desta forma ainda fala para o colega:

[...] está muito decadente mesmo, é preciso voltar a conviver com a gente aqui na associação pra você melhorar, porque muita das vezes a pessoa convive com a gente aqui na Associação e melhora. [...] e o Jorge não vem na Associação, ele fica parado lá, então eu faço convite: - Jorge, eu, como seu amigo, faço um convite pra você passar a vir mais aqui, que você vai melhorar (sic).

Carlos aborda no Grupo de Ouvidores de Vozes, em um determinado encontro, sobre o preconceito que sofrem: “muito preconceito, mas aqui dentro tem uma coisa que abre a nossa visão, que é a liberdade que nós temos um com o outro, a humildade”. Pedro também se expressa sobre isto:

[...] o mais importante é inserir o portador de sofrimento mental na sociedade, porque passa a ver a gente com outra visão, fora do preconceito. Aqui a gente está falando pra gente que tem a mente aberta, tem pessoas lá fora que não tem a mente aberta. Não tem a mente aberta e fala assim: olha o doido lá, aquele ali vai tacar pedra.

A clareza sobre o preconceito que sofrem, relatado por Pedro e Carlos, e o convite de Carlos ao colega Jorge, para ir à Associação, conviver e fazer alguns enlaçamentos, diz de um conhecimento prático sobre o processo de *recovery* em saúde mental, pois, tanto o convite como a reflexão, expressam uma necessidade da criação de projetos de vida que os tirem em alguma medida da reclusão nos espaços domiciliares e convívio, quase que exclusivo, com os fenômenos invasivos da psicose.

Este relato corrobora o que nos apresenta Antony (1993), quando nos fala do estigma em relação à doença mental e do processo de recuperação de uma crise no

campo da saúde mental, onde não se espera ou se tolera altos e baixos, como comumente se costuma aceitar nas situações onde as pessoas passaram, por exemplo, por situações catastróficas. Mas os psicóticos - e também os profissionais que trabalham com eles - podem testemunhar como o desencadeamento de um quadro de psicose, com a irrupção dos fenômenos considerados altamente invasivos, principalmente os alucinatórios, faz abrir um quadro catastrófico em suas vidas e nas de suas famílias. Porém, no processo de reordenação pós-desencadeamento da psicose não se considera natural o aparecimento de uma gama de sentimentos como medo, isolamento, agressividade e outros, como parte integrante do processo de restabelecimento pessoal. Carlos ainda lembra, para corroborar esta discussão, as reações que alguns deles apresentam quando estão tomados pelas vozes, pois são realidades internas muito desconhecidas pela maioria das pessoas:

Tem muita gente que sabe o que é esquizofrenia, sabe que ouve vozes, que têm visão, tem muita gente que sabe. Mas tem muita gente que não sabe, e quando ouve a gente respondendo à voz, abusa da gente, aí é a hora que o usuário ataca.

João, outro participante que já tem suas formulações próprias sobre as vozes e a lida com seus sintomas, lembra para os participantes em um determinado encontro a necessidade de nunca desistir:

[...] a gente não pode se entregar às vozes, tamo vivendo num mundo que é muito natural cê matar, avançar, invadir, é muito natural! [...] es acha que é uma coisa normal entendeu, cê nunca acha que é normal! É nunca se entregar, porque senão cê vai, cê vai consegui (sic).

Ainda declara o que aquele espaço, ou seja, a *Associação Loucos Por Você* significa para ele: “aqui é o Minha Casa, Minha Vida¹⁴”. Ele se refere a um lugar, mas também a uma ideia, que é um produto da Reforma Psiquiátrica, que diz de uma militância antimanicomial e de um período de ascensão no Brasil de ideais democráticos, quando foram implantados programas sociais que privilegiaram alguma distribuição de renda e de direito à moradia, como o referido Minha Casa, Minha Vida.

Em quase todos os encontros houve um participante do grupo que se encontrava mais aflito que os demais e os incômodos eram naturalmente expostos. Carlos, em um destes momentos, relatou: “hoje mesmo eu tô ouvindo voz, não tô

¹⁴ Programa Minha Casa, Minha Vida foi lançado em março de 2009 pelo Governo Federal, para subsidiar a aquisição da casa ou apartamento próprio para famílias com menores rendas e assim facilitar as condições de acesso ao imóvel próprio.

bem [...]. Pra mim descansar das vozes eu tomo meus remédios, entendeu? Se eu tivesse em casa tomava [...] pra dormir, porque dormindo a gente não ouve”(sic). Conta que não gosta de gente por perto quando está ouvindo vozes porque acha que vai confundir a voz que ouve com a voz da pessoa que está por ali. Como teme ser indelicado, prefere então ficar sozinho para se certificar de que é a voz:

[...] a gente tá sozinho, a gente já sabe que aquilo ali é uma voz que não existe, que ela é fruto da imaginação do usuário. Quando a gente tá no meio de outras pessoas, aí a gente já pensa ao contrário, já pensa que é a pessoa que está conversando com a gente, e o meu medo sabe o que é? É de eu responder e a pessoa achar esquisito, porque geralmente, tem vez que a voz me chama e eu respondo, entendeu? Igual pra mim, chama no portão, eu saio várias vezes de dentro de casa e vou lá abrir o portão e não tem ninguém, entendeu? Então por isso que pra mim ficar sozinho é bom, porque aí eu já sei, aí eu já identifiquei que é aquela voz (sic).

Pedro chega para outro encontro muito aflito e pede para falar separadamente com a pesquisadora, porém, como era a hora combinada para o início do grupo, foi convidado a falar no mesmo sobre o que estava acontecendo com ele, com a perspectiva de uma conversa individual ao final, se assim o desejasse. “Eu vou dividir com eles então. Eu vou falar, que não gasta falar com você depois, eu tô, as vozes estão me perturbando demais” (sic). Fala para o grupo que as vozes mandam que mate a mãe, que se mate e que saia andando. Os participantes do grupo ouvem seus relatos e cada um diz como faz para melhorar em situações parecidas, ninguém parece pretender servir de exemplo, mas dar seu exemplo, como uma maneira de dizer que é possível melhorar as aflições. Refere na sequência que também ouve a voz do pai e que a voz do pai, falecido há quatorze anos, o acalma e pede para que ele confie: “ele fala que não é pra eu ficar preocupando com nada, porque vai dar tudo certo. Ele fala comigo pra eu num esquentar a cabeça” (sic). A voz do pai que morreu é lembrada como um contraponto à voz que o aflige e por fim diz que iria tentar ouvir mais a voz boa, do pai. Pedro reconhece, ao final deste encontro do grupo, que estava se sentindo aliviado: “aí eu preciso, eu precisava me abrir com uma pessoa, me abrir com a pessoa pra ela saber que eu tô com esse problema, porque aí vai me ajudar e as voz vai sumindo” (sic). Algum tempo depois diz: “só quero agradecer, este momento aqui foi muito bom, alivia, mas ainda tem voz perturbando a mente, mas eu tô ligado em tudo que tá acontecendo aí” (sic). Gabriel, que está sempre muito incomodado com as vozes também reconhece um efeito, ao final de outro encontro, e diz que

acha bom conversar no grupo, porque quando está conversando não fica pensando em muita coisa.

O alívio que a comunicação dos conflitos pode causar, em espaços formais de tratamentos, também foi possível de ser operacionalizado neste dispositivo, composto por psicóticos e uma pesquisadora, que ali se encontrava para conduzir minimamente o fluxo das narrativas. O relato de Pedro, citado acima - que em outros tempos já conseguiu exercer a presidência da *Associação Loucos Por Você* - em um dia difícil com a invasão das vozes, foi colocado em palavras e ouvido pelo grupo. O acolhimento do sofrimento ali apresentado se deu sem julgamentos e o esforço de apoio de alguns participantes foi no sentido de apontar uma possibilidade de melhora, de que há altos e baixos no dia a dia com as vozes, de que isto faz parte da vida deles, ou seja, de escuta do sofrimento do ouvidor e não das vozes, pois em nenhum momento algum participante tentou interpretar o que as vozes diziam ou queriam dizer. Sobre os efeitos deste compartilhamento de uma experiência subjetiva, que pode ser de alguma maneira mais naturalizada e amenizada, cito Ana Cristina Figueiredo:

Promover um certo alívio do sofrimento e apaziguar a angústia é tarefa indispensável, mas como um meio e não como um fim, e essa diferença deve ser feita cotidianamente. Caso contrário, estamos indo mais na direção da cronificação, pois sabemos que há um incurável (FIGUEIREDO, 2004, p. 82).

Após este encontro em que Pedro utiliza o espaço do grupo para aliviar o sofrimento que estava sentindo, Carlos diz que reconhece quando Pedro está com problemas:

Hoje a gente sabe e conhece o problema, quando eu vejo que o Pedro tá com problema, eu olho pra ele, eu sei que ele tá com problema. E quando eu tô com problema ele já me conhece. Aqui é um conhecendo o outro, entendeu? Por isso que eu acho muito bom essa convivência nossa, entendeu? Que um entende o problema do outro, um vê o problema que o outro tá passando e a gente vai conversar sobre isso pra amenizar, entendeu? Amenizar o sofrimento. Um apoia o outro (sic).

Ainda destaca, por mais de uma vez, a importância de uma escuta qualificada de um profissional, experiência que para ele tem importância significativa em seu processo de recuperação pessoal:

[...] aí eu fui me abrindo com ele e isso me ajudou também, me ajudou, então por isso que eu acredito no que o Pedro tá falando, conversar com alguém ajuda. Ele me ouvia, ele dava ouvido, dava crédito no que eu tava falando, entendeu? Aí então eu acredito que se o Pedro for num psicólogo ou na psicóloga e conversar ele vai, ele vai sair dessa (sic).

No grupo se fizeram presentes também alguns momentos de descontração, aonde piadas iam surgindo de acordo com o contexto dos relatos. Quando Gabriel fala que às vezes recorre às caminhadas para aliviar as vozes e a pesquisadora pergunta o que a caminhada lhe causou, Jorge logo responde: “cansaço!”. Todos riem e Carlos continua:

Gabriel, num leva mal não, mas caminhar é bom que a gente vê umas mulher bonita né, eu caminho também pra mim ver mulher bonita. Costuma ver umas feia também, mas eu não vou falar que eu estou vendo mulher feia [...] (sic).

Mateus responde, sem conseguir participar do espírito brincalhão da conversa, mas dentro de sua lógica subjetiva: “tem feia não rapaz, todo mundo é essência de Cristo”, mas Carlos insiste: “mas tem umas mulher meu fio, que pelo amor de Deus, elas tinha que trancar o rosto!” (sic).

José, que coloca pedras no ouvido e tentava gravar as vozes pelo celular, ao ver os óculos na cabeça da pesquisadora pergunta: “esse óculos seu está filmando também”? Alguns acham graça, outros não se manifestam, ao que a pesquisadora esclarece que não era proposta a filmagem do grupo, apenas a gravação. Em outro encontro João conta sobre atos do colega que coloca objetos no ouvido e engole coisas na tentativa de diminuir as vozes:

Ah, mas ele, o que ele acha ele engole. Ele pega, um dia desses, ele tava com uma chave no intestino, tiraram a chave do estômago dele. Ele pôs negócio no ouvido, pedaço de pau no ouvido, tirou, foi tentar tirar ele não quis deixar, agora diz que ele tinha engolido outra chave, o que ele acha ele engole (sic).

Mateus imediatamente observa: “então tá muito pior que nós!” (sic). Mais uma vez as risadas aparecem e o caráter trágico do sofrimento do outro realça uma realidade um pouco melhor para alguns ali presentes.

No primeiro encontro que Mateus participa, ele logo diz que as vozes estão querendo cortar a sua liberdade. Como a sua presença na *Associação Loucos Por Você* se dá especificamente para o Grupo de Ouvidores de Vozes, Carlos, militante antimanicomial, o convida para ir mais vezes na associação, além do dia do grupo, para que tenha mais contato com outras pessoas, pois notou que Mateus fica ainda muito restrito ao espaço do lar. Mateus então responde: “isso aí, Deus agrada da gente estar fazendo isso, falar um pro outro, Deus agrada!”. O esforço de inclusão também parte de outra participante, Maria, que argumenta:

Mateus, só da convivência que a gente tem aqui, de saber de que jeito que é a vida de cada um, aí você pensa assim: meu Deus do céu, que vida é

essa que eu tenho? Aí quando você vê a vida do outro, você fala assim: - nossa senhora! Eu estou na glória! Entendeu? (sic).

Mateus responde: “tem um pior né?”. Então Maria conclui: “[...] aqui a gente sabe respeitar o direito de cada um, por exemplo, assim, eu respeito o jeito que ele é, o jeito que ele é, o jeito que ele é, eles me respeitam assim, entendeu?”.

Os esforços de inclusão para os psicóticos se mostram possíveis em alguma medida apenas quando o sujeito é fisgado por algum significante que esteja de alguma maneira articulado ao seu discurso, por isto as sugestões e exemplos muitas vezes não se tornam eficazes. Assim, Mateus ouve o convite e segue educadamente com algumas concordâncias, mas seu tempo de elaboração delirante parece ainda não permitir este convívio de maneira mais assídua, como escreve Antonio Quinet:

A inclusão da foraclusão do Nome-do-Pai na reforma indica ao trabalhador em saúde mental que ele deve estar atento não só ao seu *furor sanandi*, mas ao seu *furor includenti*, ele deve se precaver contra seu desejo de inclusão do louco nos jardins da polis no intuito de retirá-lo do jardim das espécies da nosografia. Isto significa não exigir dele a todo custo aquilo que é valor fálico em nossa ordem social (trabalho, dinheiro, sucesso, competição, competência, etc), e sim deixá-lo fazer sintoma sem Nome-do-Pai, um sintoma que pode ir do delírio à arte, passando por todas as artimanhas (QUINET, 2006, p. 50).

Mateus fala de um versículo na Bíblia em que Jesus disse mais ou menos assim: “todo aquele que quiser salvar a sua vida, todo que quiser salvar a sua vida vai perdê-la, mas quem perdeu a sua vida por amor de mim ou se entregar a mim, vai achar, vai achá-la” (sic). Como já havia dito que a voz quer que ele morra, Carlos parece escutar neste relato um risco de autoextermínio e argumenta:

Mas Mateus, agora eu vou entrar pra te explicar o quê que significa isso! Não quer dizer que você vai perder a sua vida de viver aqui na terra não, você vai abandonar as coisas velhas, vai abandonar o vício, vai abandonar o pecado, vai abandonar o adultério, entendeu? Aí você perdeu a sua vida que você vivia, e aí você vai viver uma vida nova com Deus (sic).

Na sequência da conversa, sem debates sobre a coerência ou correção das observações, quase que num ritual de testemunho, Mateus diz para o grupo que é “angélico” (sic). Os outros participantes tentam entender o que parece ser um neologismo, pensam que ele queria dizer evangélico, mas explica que “angélico é filho de Deus” (sic), que leu em um salmo. João argumenta que “angélico deve ser da igreja anglicana, dos Estados Unidos”, porém os questionamentos não afastam Mateus daquela construção ali apresentada.

Na esquizofrenia verifica-se a dispersão significante. Por outro lado, o processo de estabilização da psicose (não necessariamente via delírio), ou

em outros termos de significantização do gozo, se efetua a partir do advento de um significante- mestre (S1) que retém o sujeito em um modo dado de gozo, possibilitando-lhe as tentativas de estabelecimento de laços sociais, pois é a sua maneira de representar-se no significante como um sujeito (QUINET, 2006, p. 61).

Carlos, que tem o discurso do Movimento de Luta Antimanicomial muito bem introjetado, faz uma avaliação do grupo como espaço de trocas, como uma ação antimanicomial. Ele assim elabora:

Pra mim foi importante demais, porque, sabe por que que eu acho importante o movimento antimanicomial? Porque eu perdi a minha avó em manicômio, entendeu? A minha avó, ela morreu maltratada, entendeu? É! Eu tenho o mesmo problema que minha avó, entendeu? Sou tratado em liberdade, entendeu? Na época da minha avó, se eu conhecesse o movimento antimanicomial, é, se eu tivesse a cabeça que tinha hoje, que eu era criança na época da minha avó, eu não pensava nada. Mas se fosse na época de hoje, se fosse na época de hoje eu acredito que eu não deixaria a minha avó em um manicômio, entendeu? (sic).

Pedro também diz que gosta mesmo é de conversar entre amigos, como se fazia ali no grupo, e que em suas viagens Brasil afora através da *Associação Loucos por Você*, para encontros em São Paulo, Brasília, Goiás e outros locais, já esteve em uma mesa de um evento com um ex-presidente da República: “fora essa conversa aí, eu tive o privilégio de sentar na mesa do Lula¹⁵” (sic).

Ademir conta para os participantes sobre sua maneira particular de enfrentar o sofrimento causado pelas vozes e de como muitos outros devem sofrer com isto:

É, pensamento bom tem na minha mente, pensamento mal também. Você só não tem que aceitar aquilo que está vindo de mal na sua mente, você tem que ignorar, você tem que deixar pra lá, você tem que, você não pode ficar incomodado com isso por pior que seja o pensamento. Tem muito pensamento que vem é pra causar mal estar mesmo. Pra causar chateação mesmo, é de propósito. Não é ao acaso que está vindo esse pensamento na nossa mente, na minha mente, na mente dos outros, provavelmente na mente de todo mundo (sic).

Em outro momento ainda reforça o que os relatos ali corroboram para ele: “o que eu sei que acontece comigo provavelmente acontece com muita gente por aí, só que as pessoas nem sempre se dão conta disso”. Logo Pedro responde que ali é “um adquirindo e passando pro outro”, enquanto João afirma: “pra mim, vencer as vozes só na igreja, no meu caso foi só na igreja”. Mateus ainda diz: “eu acho que a gente é que tem que comandar e não ser comandado”. Assim que é perguntado como se faz isto, como se faz para comandar as vozes, responde: “aí é difícil”, ao que João rebate: “tem que ser forte, tem que ser forte!”.

¹⁵ Luiz Inácio Lula da Silva, registrado como Luiz Inácio da Silva e conhecido como Lula, foi presidente do Brasil por dois mandatos, no período de janeiro de 2003 a janeiro de 2011.

De acordo com Antonio Quinet, o fora-do-discurso da psicose aponta para sua forma de permanecer livre dos discursos estabelecidos e seus avessos, ele rompe com as normas e aponta a inconsistência do Outro, mas não é impossível que ele entre em um ou outro discurso e consiga viver de forma mais ou menos estável, pois “as incursões do psicótico nos laços sociais, às vezes são excursões – ele faz circuitos por entre os laços sem entrar neles” (QUINET, 2006, p. 53).

As narrativas dos participantes do *Grupo de Ouvidores de Vozes Loucos Por Você* demonstram que cada um ali presente insiste na tarefa de dar algum alívio para a presença das vozes, cada um à sua maneira, atrelado às suas causas subjetivas. Saídas como cantar, ler, escrever, rezar, andar, plantar, cozinhar, conversar e silenciar foram sendo francamente apresentadas no grupo através do recurso da linguagem, em um formato que até então não estavam acostumados, pois antes o assunto das vozes era restrito ao contato exclusivo e individual com os profissionais dos serviços de saúde mental. A oferta do grupo, onde os ouvidores se reconheciam com uma experiência próxima, proporcionou maneiras distintas e únicas de utilização daquele espaço e tempo, de acordo com os recursos disponíveis a cada um. Portanto é importante lembrar que:

O que o laço social fornece ao sujeito para reabilitá-lo permanecerá dentro da série dos objetos fornecidos pelo Outro materno. Nunca vai deixar sair o sujeito da sua dependência. Essa afirmação tem uma consequência: uma reabilitação só pode ter sucesso na condição de seguir o estilo que é sugerido pela estrutura subjetiva do psicótico, por seus sintomas. Poderíamos dizer de sua espontânea reabilitação ou, mais precisamente, de sua espontânea habilitação (VIGANÒ, 1999, p. 41).

No penúltimo encontro do grupo Pedro sugere um grupo para se falar de delírios, porque achava que já tinham falado muito das vozes: “a gente podia fazer um grupo pra falar de delírios agora, já cansou de tanto falar das alucinações” (sic). Sua sensível observação diz mesmo de um caminho possível à esquizofrenia, ou seja, de uma paranoização, de uma criação de um enredo para as vozes, como já citado anteriormente. Gabriel diz ser bom saber que tem mais pessoas a quem recorrer, e que pessoas que já passaram ou estão passando por isso podem ajudar. Carlos encerra sua participação neste dia dizendo que acredita que “um ouvitor de voz ajudou outro”. A pesquisadora pergunta como ele entende que isto foi acontecendo, ao que responde:

Você falando com ele que você também ouve vozes, e que isso não é realidade, você avisando pra ele. Eu como ouvitor de vozes, eu ouço vozes e então eu posso falar com o Pedro: - ô Pedro, isso não é voz, isso não é a realidade, isso é voz, entendeu? (sic).

No último encontro, ao avisar sobre o fim do *Grupo de Ouvidores de Vozes Loucos Por Você*, a pesquisadora convida os participantes para falarem sobre o que acharam dos encontros e suas percepções acerca daquele tempo de trabalho. Pergunta ainda se alguém ali presente localizava os dizeres das vozes em concordância com sentimentos antigos que levavam consigo ao longo de suas vidas. Neste dia havia poucos participantes, mas Gabriel, o mais calado, com menos palavras para representar o que sentia, o mais invadido pelas vozes no grupo e que participou de todos os encontros, responde rapidamente que sim e relata para o grupo: “eu entro em conflito comigo mesmo. É! Às vezes eu vou ali, me olho assim e acho que eu sou magro, sou, as pessoas olham pra mim, falam que eu sou feio, sou magro” (sic). Diz que sempre se sentiu assim, desde adolescente, e que então pensava:

Eu tenho que acabar com a minha vida. Vou tomar anabolizante, tem que tomar anabolizante pra ficar fortão igual. Comecei a procurar isso na internet, os cara fortão, e aí eu vou ficar igual esses cara aí e aí?! No meio desses conflito aí vem a voz pra mim suicidar. Não presto, não presto pra nada, só sirvo pra fazer os outros sofrerem. Teve um caso que aconteceu comigo aí, eu conheci uma pessoa, essa pessoa virou pra mim e falou: gosto de gente que tem carro, dinheiro. Aí na hora eu me senti pra baixo, na época eu estava andando de bicicleta, fiquei com vontade assim, vou pegar, se eu fosse rico eu ia pegar um carro, colocar essa pessoa dentro, levar pro alto do monte e soltar ela com carro e dinheiro e tudo junto (sic).

A apresentação dos conflitos e pensamentos expressos por Gabriel, de maneira bem diferente da primeira vez que foi ao grupo, demonstrou seu esforço neste tempo dos encontros, um esforço de assumir algum protagonismo frente à sua experiência com a voz. É sobre isto que Marcus André Vieira (s/d) nos escreve, sobre a tentativa do sujeito de organizar algum sentido que o afaste um pouco da posição de vítima frente à alucinação verbal. As vozes escutadas por Gabriel - que o diminuem, falam que ele não tem valor e o mandam tirar sua vida - e pelos outros ouvintes do grupo, dizem daquilo que eles não podem dizer, ou seja, o que eles escutam é o próprio inconsciente como vindo de fora, devido à forclusão do significante do Nome-do-Pai, que retorna no real como objeto a não extraído, como objeto voz (MILLER, 2013).

Assim é possível encontrar, nas narrativas sobre o encontro dos psicóticos no *Grupo de Ouvidores de Vozes Loucos Por Você*, a importância de se levar em conta que, através dos relatos sobre as audições das vozes, eles tentam

restabelecer algum enlaçamento com o outro, fora dos espaços formais de tratamento, pois como nos lembra Antonio Quinet:

O investimento nas palavras, a alucinação, o delírio e a arte são tentativas espontâneas de cura promovidas pelo sujeito na esquizofrenia [...]. Mas cura de quê, se eles são considerados, como diz Freud, a própria doença? *São tentativas de cura do autismo, da radical exclusão do discurso como laço social.* O autismo é a situação em que o esquizofrênico se encontra; fora de qualquer laço, isolado, pois seu investimento todo retorna sobre si mesmo, concentrando o próprio gozo em seu corpo. Todas as manifestações consideradas patológicas do esquizofrênico são tentativas de restabelecer o vínculo com os outros ou, segundo Freud, com os objetos. (QUINET, 2006, p. 53).

4 CONCLUSÃO

O Grupo de Ouvidores de Vozes apresenta-nos uma proposta inédita, de acolhimento e abordagem do psicótico que convive com o fenômeno alucinatório verbal, através de um arranjo grupal, onde os participantes expressam seus sentimentos em relação às vozes e vão construindo suas estratégias para lidar com as mesmas, pela via da palavra. O espaço e o tempo do grupo foram utilizados para falar das histórias de vida, marcadas pelo acontecimento das mesmas, que era uma vivência comum e ao mesmo tempo subjetiva, para todos ali presentes. O *Grupo de Ouvidores de Vozes Loucos Por Você*, objeto desta pesquisa, deu voz aos psicóticos que dele participaram e se efetivou como um espaço de apoio entre pares.

O ponto teórico balizador desta pesquisa vai ao encontro do que o estudo de caso do Grupo corroborou, ou seja, de que a psicose se constitui como uma estrutura psíquica e pode apresentar uma gama de fenômenos que, apesar de causar sofrimentos mais expressivos, são considerados produtos de um trabalho psíquico subjetivo, em curso após o desencadeamento, como tentativas de reparação. A reivindicação propagada pelos referidos grupos, ou seja, do direito de maior protagonismo em relação às suas vidas, sem necessariamente ter que conseguir a remissão total dos sintomas alucinatórios verbais, está contido dentro da filosofia da Abordagem de *Recovery* em Saúde Mental e é amparada também pela teoria psicanalítica da psicose.

É chegada, então, a hora de elencar respostas sobre as maneiras de utilização de um Grupo de Ouvidores de Vozes por psicóticos. Quais foram os modos de uso deste dispositivo pelos participantes do *Grupo de Ouvidores de Vozes Loucos Por Você*? Comuns e diversos, podemos afirmar.

Comuns a uma maneira do psicótico de estabelecer vínculos com o outro, de enlaçamentos que não contarão com a possibilidade de um efeito metafórico da substituição significativa, o que dá ao grupo uma lógica de funcionamento diferente de outros, onde os participantes estariam localizados em uma estrutura neurótica, por exemplo. O modo comum de uso do Grupo diz de uma maneira possível do psicótico lidar com o fenômeno alucinatório verbal, através de um deslizamento metonímico das ideias sobre os conteúdos das vozes.

Os modos de usos foram também diversos, porque são diversas as maneiras de lidar com os fenômenos da psicose, que podem ser considerados como tentativas de vinculação com o outro, que se estabelecem na subjetividade, pois há ali um sujeito psicótico, que se relaciona afetivamente com as pessoas e com o mundo à sua volta e que é marcado por uma história, uma cultura e um contexto social.

A aceitação deste tipo de dispositivo de abordagem pelos psicóticos é um ponto que se faz importante ser destacado. Não foram necessárias muitas explicações sobre o que ocorreria ali, pois o nome do grupo já apresentava o trabalho a ser realizado, ou seja, que o assunto seria a audição de vozes. O fácil agrupamento se deu em torno do significante “Ouidores de Vozes”, que dizia, em alguma medida, das vivências psíquicas de todos ali presentes. O caráter inédito de falar das vozes para outros que vivenciam a mesma experiência, foi muito relevante e, portanto, muito comentado pelos mesmos. De maneira bastante natural, os assuntos giraram ao redor do caráter de exterioridade da voz, da presença ininterrupta em alguns períodos de suas vidas e dos sentimentos de desespero e aflição devidos ao conteúdo das mesmas, que em quase todos os relatos apresentavam um teor depreciador, acusador e ameaçador. Na sequência, esgotadas estas apresentações, as maneiras encontradas pelos participantes para lidar com o fenômeno alucinatório verbal tornou-se o assunto dos encontros.

Um ponto de dinâmica interessante se deu na verificação de que o trabalho dos participantes no Grupo não se desenvolveu no sentido de uma análise sobre o conteúdo das vozes ou sobre o que elas poderiam querer dizer sobre eles. Não houve, em nenhum momento, tentativas de interpretações sobre as vozes, seja em relação às suas ou às dos outros participantes do Grupo. O que foi apresentado girou em torno do que as vozes diziam e como eles se sentiam em relação a isto, pois estavam ali para falar deles em suas relações com as vozes, ou seja, de como se sentiam mal com a invasão das mesmas, de como isto pode mudar com o passar do tempo, da importância de encontrar um espaço para falar sobre isto, de como uma rede de cuidados se faz necessária à psicose, enfim, de outros elementos circundantes em suas vidas, marcadas pelo acontecimento da alucinação verbal.

Falar no grupo sobre as experiências com as vozes ocorreu de maneira própria à psicose, sem uma forte aderência grupal e sem muitas identificações. Houve tentativas de alguns enlaçamentos, experiências antigas foram lembradas,

como também tempos piores ou melhores, da convivência que exercem há anos naquela Associação. Algumas utilizações particulares, contextualizadas com o momento subjetivo e, não necessariamente com o que o outro estava dizendo, foram muito acessadas, pois, apesar de um reconhecimento de suas vivências como próximas da experiência do outro com as alucinações verbais, o momento era de falar da experiência própria. Mas o respeito pelo relato do outro e a ausência de julgamentos de valor foi uma atitude notável, presente em todos os participantes. Cada um relatava maneiras singulares para lidar com as vozes, descobertas ou desenvolvidas através de um trabalho solitário, pois, mesmo que às vezes se mostrassem aproximadas, o que era compartilhado eram as saídas possíveis a cada participante. Sugestões aconteceram, mas não foram tomadas de maneira espelhada; eram educadamente ouvidas e algumas reflexões se colocavam em curso, porém o trabalho continuava de acordo com os significantes próprios à história de cada um.

Alguns participantes utilizaram do grupo para dizer das severas dificuldades e perspectivas subjetivas de lidar com as invasões mais intensas e contínuas das vozes, em um esforço de elaboração, causado por outros relatos, nos quais o interlocutor apresentava um afastamento mais efetivo com relação àquelas. Outros apresentaram francamente o caminho, ainda em construção, de criação de um enredo delirante para as mesmas, mostrando o intenso, árduo e longo trabalho da psicose, de historização do fenômeno alucinatorio verbal, que serve de fonte de percepções para um delírio. A escuta e o acolhimento do sofrimento do outro, a apresentação das próprias alternativas, as dicas de que dias melhores virão e de que o processo de aprender a viver melhor com as vozes é mesmo árduo e longo, foram formas de apoio possível entre eles. Práticas de exercícios de apresentação das subjetividades, de histórias de vida em evolução, momentos de descobertas de que como eles são milhares no mundo e sobre a necessidade de combate cotidiano ao caráter invasivo das vozes, proporcionava efeitos de encorajamento aos participantes. Poder falar no Grupo sobre os sentimentos do dia, geralmente devidos aos comandos mais invasivos das mesmas na ocasião, provocou ainda efeitos de apaziguamento para alguns participantes que chegaram mais aflitos, pois puderam, através da fala sobre aquele momento intenso das alucinações verbais, colher um efeito de esvaziamento de gozo, que comumente teria sido acolhido e escutado apenas em um dispositivo de atendimento individual. Também houve participantes

que, muito tomados pelas alucinações verbais, ficaram muito aflitos e inquietos e saíram do Grupo, pois naquele momento falar não era possível.

Grupos desta natureza para psicóticos, organizados dentro ou fora de dispositivos formais de tratamento, podem ser replicados e efeitos semelhantes aos aqui descritos podem ser alcançados. Eles reforçam um empoderamento dos psicóticos para levar à frente uma vida dentro das perspectivas apresentadas pela Abordagem de *Recovery* em Saúde Mental, pois a recuperação pessoal consiste em um processo em evolução, que pode se operacionalizar mesmo sem o alívio completo dos sintomas e apesar das recaídas. Neste Grupo, os assuntos evoluíram ainda para a criação de estratégias, entre eles, de autocuidado, de retomada ou tomada de projetos de vida, de reconhecimento e combate ao estigma, sobre a importância de não viver isolado, da convivência em geral e outros. O que pretendemos apontar com estas considerações finais é que o Grupo se constitui como uma tecnologia de cuidado em saúde mental, de escuta e acolhimento entre pares, inédito e aberto a experiências que estimulem um exercício de protagonismo e empoderamento dos psicóticos, em direção à experimentação de uma vida marcada não apenas pela presença das vozes, mas também por invenções subjetivas inéditas e variadas.

“O contato é o melhor cuidado”, “conversar com alguém ajuda”, concluem alguns participantes sobre os encontros do *Grupo de Ouvidores de Vozes Loucos Por Você*. Com eles, podemos também concluir que é preciso operacionalizar novas estratégias, não apenas individuais no trabalho com a psicose, pois suas afirmações discursivas apontam para uma perspectiva de apoio entre pares e dizem de posturas ativas, de sujeitos psicóticos, em processo de recuperação pessoal. Esta pesquisa revelou, portanto, o Grupo de Ouvidores de Vozes como um potente dispositivo de cuidado em saúde mental, que favorece o contato entre os sujeitos psicóticos e que opera através da fala e do encontro, de maneiras possíveis à psicose.

REFERÊNCIAS

- ADEPONLE, Ademola; WHITLEY, Robert; and KIRMAUER, Laurence. Cultural contexts and constructions of recovery. In: RUDNICK, A. **Recovery of people with mental illness: Philosophical and related perspectives**. Oxford University Press. (Ed.). 2012.
- AMARANTE, Paulo (Coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- ANTHONY, Willian A. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. **Psychosocial Rehabilitation Journal**, 1993, v.16, n.4, p.11- 23. Disponível em: <<http://128.197.26.36/cpr/repository/articles/pdf/anthony1993.pdf>> Acesso em: 17 maio de 2018.
- BAKER, Paul. **Abordagem de ouvir vozes: treinamento no Brasil**. Apostila. Tradução: Lindsei Ferreira Lansky. São Paulo: Centro Educacional Novas Abordagens Terapêuticas (CENAT), 2015.
- BAKER, Paul. **The Voice Inside: a Pratical Guide For e About People Who Hear Voices**. P&P Press, 2009.
- BARRETO, Francisco Paes. **Psicanálise e psiquiatria: aproximações. Uma introdução aos fundamentos da clínica**. 1. ed. – Curitiba, PR: CRV, 2017, 140p.
- BARROS, Octávia Cristina e SERPA JÚNIOR, Octavio Domont. Ouvir vozes: um estudo sobre a troca de experiências em ambiente virtual. **Revista Interface**. Botucatu. 2014, 18(50): 557-69. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000300557&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> . Acesso em: 12/ 01/2018.
- CASTRO, Júlio Cesar Lemes de. O inconsciente como linguagem: de Freud a Lacan. **CASA**, Vol.7 n.1, julho de 2009. Disponível em: <http://www.jclcastro.com.br/downloads/Julio_Cesar_Lemes_de_Castro_-_O_inconsciente_como_linguagem.pdf>. Acesso em:07/10/2018.
- CONGRESSO NACIONAL OUVIDORES DE VOZES , 1. , 2017. Rio de Janeiro, RJ. **Anotações pessoais...**, Rio de Janeiro 20 e 21 de Outubro, 2017.
- CONTINI, Cristina. **Ouvir as Vozes: Manual de enfrentamento**. Pelotas: Cópias Santa Cruz, 2017, 232p.
- COSTA, Mark Napoli. Recovery como estratégia para avançar a Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.9, n.21, p.01-16, 2017. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/viewFile/4673/4864>>. Acesso em 20/02/2018.

COSTA-MOURA, Fernanda; COSTA-MOURA, Renata. **Objeto A**: ética e estrutura. *Ágora* (Rio J.), Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 225-242, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982011000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15/09/2018.

DAHL, Catarina Magalhães; SOUZA, Flávia Mitkiewicz de; SUSSER, Ezra; LOVISI, Giovanni Marcos; CAVALCANTI, Maria Tavares. Suporte interpares no contexto de uma pesquisa clínica: dificuldades, facilitadores e experiências significativas no processo de trabalho. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v.9, n.21, p.179-198, 2017. Disponível em: [file:///D:/backup%2010052017/Downloads/4685-18180-2-PB%20\(2\).pdf](file:///D:/backup%2010052017/Downloads/4685-18180-2-PB%20(2).pdf). Acesso em: 14/02/2019.

DUARTE, Tereza. Análise Recovery da doença mental: Uma visão para os sistemas e serviços de saúde mental. **Psicológica** (2007), 1 (XXV): 127-133. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v25n1/v25n1a10.pdf>>. Acesso em: 20/09/2017.

FERRARI, Ilka Franco. Caso clínico: o método do exemplo. In: NETO, Fuad Kyrillos; MOREIRA, Jacqueline Oliveira (Orgs.). **Pesquisa em Psicanálise**: transmissão na universidade. Barbacena: EdUEMG, 179 p. 2010.

FERREIRA, Cristiana Miranda Ramos, VERAS, Marcelo. Entrevista psicopatológica: o que muda entre psiquiatria e a psicanálise? In: TEIXEIRA, Antonio, CALDAS, Heloisa (Orgs.). **Psicopatologia Lacaniana I**: semiologia. 1. ed. – Belo Horizonte. Editora Autêntica: 2017.

FIGUEIREDO, Ana Cristina. A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, ano 7, n. 1, p.75-86, mar. 2004.

FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**, Rio de Janeiro: Imago Editora.

FREUD, Sigmund (1894/1969). As neuropsicoses de defesa. V. III, p.57-88.

FREUD, Sigmund (1895/1969). Rascunho H: Paranoia. V. I, p. 290-298.

FREUD, Sigmund (1896^a/1969). Rascunho K. V. I. p 299-308.

FREUD, Sigmund (1896^b/1969). Novas observações sobre as neuropsicoses de defesa. V. III, p.187-216. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund (1911/1969). Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia (Dementia Paranoides). V. XII, p.23-110.

FREUD, Sigmund (1914/1969). Sobre o narcisismo: uma introdução. V.XIV, p.89-120.

FREUD, Sigmund (1918 [1914]/1969). História de uma neurose infantil. V. XVII, p.19-152.

FREUD, Sigmund (1924a). Neurose e psicose. V. XIX, p. 189-198.

FREUD, Sigmund (1924b/1969). A perda da realidade na neurose e na psicose. V. XIX, p.229-238.

FREUD, Sigmund (1925/1969). A negativa. V. XIX, p. 295-308

GARCIA, Maritza de Magalhães. **Da metáfora ao literal Jacques Lacan com Arnaldo Antunes**. 2010. 191f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

GOROSTIZA, Leonardo: "Sobre la alucinación". In: **Análisis de las alucinaciones**. Argentina: Paidós, 1995.

IANNINI, Gilson; TAVARES, Pedro Heliodora. Apresentação. In: FREUD, Sigmund, (1856-1939). **Neurose, Psicose, Perversão** (Obras Incompletas de Sigmund Freud). Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2016.

KINOSHITA, Roberto Tikanory. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, A.M.(Organizadora). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo (SP): Hucitec, 1996.

LACAN, Jacques (1962 -1963). **O Seminário, livro 10: a angústia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

LACAN, Jacques (1955-1956). **O Seminário, livro 3: As psicoses**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.

LACAN, Jacques (1957-1958). De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

LAPLANCHE, Jean. **Vocabulário da Psicanálise** / Laplanche e Pontalis: sob a direção de Daniel Lagache : tradução Pedro Tamem. – São Paulo: Martins Fontes, 1992.

LAURENT, Éric. **Estabilizaciones En las Psicosis**. Buenos Aires, Editora Manantial, 1989.

LIMA, Celso Renó. O objeto a na experiência analítica com as psicoses. **Curinga 26**. Os Objetos a na experiência analítica. V.1. N.0. Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise – Sessão Minas, 2008.

MALEVAL, Jean Claude (1981). **Loucuras Históricas y Psicosis Disociativas**. 1ª Ed. 6ª Reimpressão. Buenos Aires: Paidós, 2012.

MILLER, Jacques-Alain. Jacques Lacan e a voz. **Revista Opção Lacaniana Online**, 4(11), 1-13. 2013. Disponível em:
<http://www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero_11/voz.pdf.> Acesso em: 04/09/2018.

MILLER, Jacques-Alain. Suplemento topológico a “Uma questão preliminar...”. In: Jacques-Alain Miller. **Maternas I**. Tradução, Sérgio Laia; revisão técnica, Angelina Harari. — Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1996.

MILLER, Jaques-Alain. **O rouxinol de Lacan**. Carta de São Paulo, 10(5), 18-32. São Paulo: Escola Brasileira de Psicanálise de São Paulo, 2003.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em Saúde Mental**. Marta Elizabeth de Souza. — 2. Ed. — Belo Horizonte, 2007, 238 p.

MUÑHOZ, Nuria Malajovich; SERPA JR, Octavio; LEAL, Maria Erotildes; DAHL, Catarina Magalhães; OLIVEIRA, Iraneide Castro de. Pesquisa clínica em saúde mental: o ponto de vista dos usuários sobre a experiência de ouvir vozes. **Estudos de Psicologia**, 16 (1), janeiro – abril/2011, p. 83-89. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v16n1/a11v16n1.pdf>>. Acesso em 04/02/2018.

OLIVEIRA, Stephan. **Desabilidade e as bioidentidades**. Psiquiatria Multinível, 2012. Disponível em: <http://www.psiquiatriamultinivel.com.br/?p=1341>. Acesso em: 04/02/2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (1995). **Psychosocial rehabilitation: a consensus statement**. Genebra, Organização Mundial de Saúde, (documento inédito WHO/MNH/MND/96.2). Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/60630/WHO_MNH_MND_96.2.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 15 de junho de 2018.

PASSOS, Izabel C. Friche. **Reforma Psiquiátrica: as experiências francesa e italiana**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PORGE, Érik. **Transmitir a clínica psicanalítica: Freud, Lacan, hoje**. Tradução: Viviane Veras e Paulo de Souza – Campinas, SP: Editora da Unicamp – 2009.

QUINET, Antônio Luiz de Andrade. **Clínica da psicose**. 2ª.ed. - Salvador: Fator, 1990.

QUINET, Antônio. **A descoberta do inconsciente: do desejo ao sintoma**. 4ªEd. - Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2011.

QUINET, Antônio. **Psicose e laço social: esquizofrenia, paranoia e melancolia**. - Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2006.

ROMME, Marius e ESCHER, Sandra. **Na companhia das vozes: para uma análise da experiência de ouvir vozes**. Lisboa. Editorial Estampa: 1997.

ROMME, Marius. Vozes e sua relação com o ouvinte. Apostila. **Intervoice**, s/d.

ROUDINESCO, Elisabeth. **Dicionário de psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

SALLES, Sandro Guimarães de. O catimbó nordestino: As mesas de cura de ontem e de hoje. **Revista de Teologia e Ciências da Religião da Unicap**, Ano IX, 2010, n. 2 - jul./dez. 2010. Disponível em:

<<http://professor.pucgoias.edu.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/17579/material/Revista%20de%20Teologia%20e%20Ci%C3%Aancias%20da%20Religi%C3%A3o%20da%20UNICAP.pdf#page=85>>. Acesso em: 27/12/2018.

SANÁBIO, Virgínia Lúcia Souto Maior. **A (não) extração do objeto a na psicose**: algumas notas sobre o Homem dos Lobos. Dissertação (Mestrado em Psicologia) Belo Horizonte: UFMG/FAFICH, 2009. Disponível em:

<http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/TMCB-7WYL3X/disserta__o__virginia_l_cia_souto_maior_san_bio.pdf?sequence=1>. Acesso em: 09/10/2018.

SARACENO, Benedetto. **Libertando Identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Trad. Lúcia Helena Zanetta, Maria do Carmo Zanetta e Willians Valentini. Te Corá Editora/ Instituto Franco Basaglia, Belo Horizonte/Rio de Janeiro, 2ª Ed., 2001. 178p.

SARACENO, Benedetto. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: Pitta, AM, organizadora. **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo (SP): Hucitec; 1996.

SCHAVELZON, Lúcia López. Los nombres del padre: uma puntuación em la perspectiva de real, simbólico e imaginário. In: **Revista Freudiana**, número 49. 2006, p. 99-115

SCHREBER, Daniel Paul (1903). **Memórias de um doente dos nervos**. Traduzido do original alemão por Marilene Carone. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.

SOLER, Colette. **O inconsciente a céu aberto da psicose**. Tradução, Vera Ribeiro; consultoria Marco Antônio Coutinho Jorge. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 2007.

SOLER, Colette. **Artigos Clínicos**. Tradução Elena Lopes Cólub. Salvador: Fator, 1991.

TEIXEIRA, Antonio. Neurose, psicose, perversão: a implicação do sujeito na nosologia freudiana. In: FREUD, Sigmund, 1856-1939. **Neurose, psicose, perversão**. Tradução Maria Rita Salzano Moraes. Belo Horizonte: Autentica Editora, 2016. Obras incompletas de Sigmund Freud.

TÓTOLI, Flávia Costa e MARCOS, Cristina Moreira. Dois paradigmas da psicose no ensino de Lacan. **Revista Subjetividades**. Fortaleza. Vol. 14, n.2 (agosto 2014). Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/5275/527553106008.pdf>>. Acesso em: 13/08/2017.

VAL, Alexandre Costa; LIMA, Mônica Assunção Costa. A construção do caso clínico como forma de pesquisa em psicanálise. **Revista Ágora**. Rio de Janeiro, v. XVII n. 1, pág. 99-115, jan/jun 2014.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. As abordagens anglo-saxônicas de empoderamento e recovery (recuperação, restabelecimento) em saúde mental: uma avaliação crítica para uma apropriação criteriosa no cenário brasileiro. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.9, n.21, p.48-65, 2017. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/4676/4860>>. Acesso em 27/11/2017.

VERAS, Marcelo Frederico Augusto dos Santos. **Selfie, logo existo**: posts psicanalíticos (baseados em fatos reais). Salvador: Corrupio, 2018. 288p.: il.

VIEIRA, Marcos André. Variações sobre o inconsciente a céu aberto, Seminário I: A alucinação do sujeito. **Falasser**, n. 5, EBP-PB, João Pessoa, pp. 53-72. s/d. Disponível em: <http://www.litura.com.br/curso_repositorio/o_inconsciente_a_ceu_aberto_i_alucinaca_1.pdf>. Acesso em: 27/09/2018.

VIGANÒ, Carlos. A Construção do Caso Clínico. **Revista Curinga**, n.13, EBP/MG, p.39-48. Set, 1999.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS
Pró-Reitoria de Pesquisa e de Pós-graduação
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

N.º Registro CEP: CAAE 91618818.2.0000.5137

Título do Projeto: USOS DO GRUPO DE OUVIDORES DE VOZES POR PACIENTES PSICÓTICOS

Prezado Sr(a),

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que estudará os usos subjetivos do Grupo de Ouvidores de Vozes por pacientes psicóticos com quadros alucinatórios auditivos persistentes.

Você foi selecionado (a) porque está em tratamento devido a um sofrimento psíquico mais severo e persistente com sintomas alucinatórios. A sua participação nesse estudo consiste em fazer parte de um Grupo de Ouvidores de Vozes e compartilhar suas estratégias e maneiras de lidar com estes sintomas. Sua participação será efetivada por meio da frequência de oito encontros com periodicidade semanal, a serem realizados na sede da *Associação Loucos Por Você*, em Ipatinga/MG. O registro dos encontros será feito por gravação de áudio e transcritos pela pesquisadora responsável.

Os riscos e/ou desconfortos envolvidos nesse estudo são de caráter imprevisível, estando associados ao prévio adoecimento psíquico. Havendo a ocorrência de desestabilização do quadro o participante será acolhido e devidamente encaminhado para cuidados profissionais especializados.

Sua participação voluntária é muito importante e, conseqüentemente, não haverá pagamento por participar desse estudo. Em contrapartida, você também não terá nenhum gasto.

As informações obtidas nesse estudo serão confidenciais, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação em todas as fases da pesquisa e quando da apresentação dos resultados em publicação científica ou educativa, uma vez que os resultados serão sempre apresentados como retrato de um grupo e não de uma pessoa. Você poderá se recusar a participar ou a responder algumas das questões a qualquer momento, não havendo nenhum prejuízo pessoal se esta for a sua decisão.

Todo material coletado durante a pesquisa ficará sob a guarda e responsabilidade do pesquisador responsável pelo período de 5 (cinco) anos e, após esse período, será destruído.

Os resultados dessa pesquisa servirão para incentivar estratégias protagonistas dos psicóticos, de maneira a encontrar saídas subjetivas para lidar com os fenômenos alucinatórios, que vão levar em consideração os recursos psíquicos, culturais, sociais e familiares de cada sujeito ali presente.

Para todos os participantes, em caso de eventuais danos decorrentes da pesquisa, será observada, nos termos da lei, a responsabilidade civil.

Você receberá uma via deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador responsável, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Pesquisador responsável: Adriana Condessa Torres. Rua Jequitibá, 569, bairro Horto/Ipatinga-MG. 31-987885025.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, coordenado pela Prof.^a Cristiana Leite Carvalho, que poderá ser contatado em caso de questões éticas, pelo telefone 3319-4517 ou email cep.proppg@pucminas.br.

O presente termo será assinado em 02 (duas) vias de igual teor.

Ipatinga, 10 de junho de 2018.

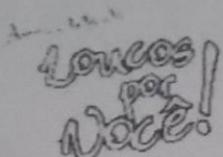
Dou meu consentimento de livre e espontânea vontade para participar deste estudo.

Data e assinatura do participante

Eu, Adriana Condessa Torres, comprometo-me a cumprir todas as exigências e responsabilidades a mim conferidas neste termo e agradeço pela sua colaboração e sua confiança.

Assinatura do pesquisador e Data

ANEXO A - Termo de Compromisso Associação Loucos Por Você

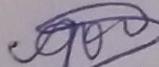


ASSOCIAÇÃO LOUCOS POR VOCÊ
R. Arthur Azevedo, 867 – Bairro Ideal - Ipatinga - MG -
CEP 35162-212
CNPJ: 03.370.591/0001-87
Fone: 3821-3002

TERMO DE COMPROMISSO

Declaro, para os devidos fins, estar ciente da realização da pesquisa “**Usos do Grupo de Ouvidores de Vozes por pacientes psicóticos**”, sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) Adriana Condessa Torres, que tem como propósito estudar os usos que o psicótico pode fazer de um Grupo de Ouvidores de Vozes para lidar com as alucinações auditivas persistentes em sua realidade psíquica. Declaro, ainda, que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.

Ipatinga, 15 de junho de 2018.


Cirlene Ortelas de Godoy

